Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

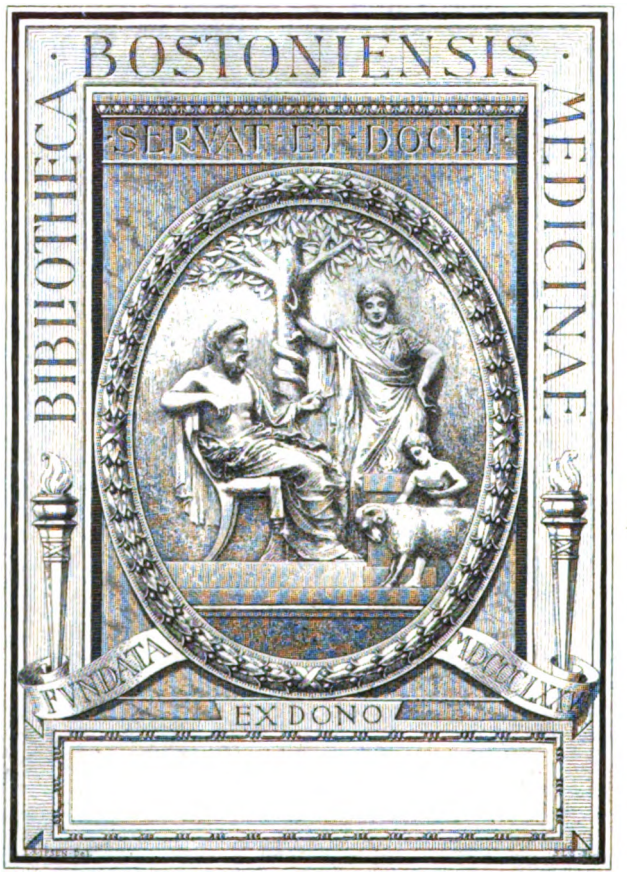
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ZENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMTE

THERAPIE

Begründet von **Professor Dr. M. HEITLER**

Redigiert von

Professor Dr. BRIEGER
Geh. Medizinalrat
Berlin NW., Brückenallee 34

Dr. EMIL SCHWARZ
Dozent für innere Medizin an der Universität in Wien
Wien, I. Kolowratring 9

unter Mitwirkung von

Dr. FRITZ LOEB
München, Kaufingerstraße 25.

XXIV. JAHRGANG. 1906.

Verlag und Expedition:

MORITZ PERLES
k. u. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

für das Deutsche Reich:
OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung
Berlin W/30, Maasenstraße 13.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 8 1907
LIBRARY.

ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

CATALOGUED
OCT 8 1907
E. H. B.

Digitized by Google

Inhalts-Verzeichnis.

Original-Artikel.

Seite

Ueber gastrische Symptome bei chronischer Stuhlverstopfung. Klinische Vorlesung von F. Kraus in Berlin 1

Ueber die durch Schutzpockenimpfung hervorgerufene Immunität. Sammelreferat von Dr. Leo Löwenbein in Wien 7, 70

Die physikalische und diätetische Behandlung der Obstipation. Von Dr. B. Buxbaum in Wien 57

Praktische Gesichtspunkte aus der Pathologie und Therapie der Prostatahypertrophie. Von Dr. Viktor Blum in Wien 113

Ueber Beziehungen der Hysterie zu chirurgischen Erkrankungen. Von Prof. Dr. Karewski in Berlin 169

Die Therapie der genuinen Epilepsie, nebst einem Anhang über die Therapie der übrigen Epilepsieformen mit Berücksichtigung der Literatur der letzten 15 Jahre. Von Werner Runge in Heidelberg 225, 281

Zur Wirkung der Seeluft auf den Stoffwechsel. Von Dr. Jde in Amrum 337

Die Resultate der spezifischen Therapie der Tuberkulose. Sammelbericht von Dr. H. Hochheim in Halle a. S. 393

Zur diätetischen Behandlung des Magengeschwüres. Von Prof. C. A. Ewald, Geh. Med.-Rat in Berlin 449

Einst und jetzt, ein Beitrag zur Therapie der Appendizitis. Von Dr. Emil Schwarz, Privatdozent in Wien 505

Der gegenwärtige Stand der Gallensteinfrage. Referat von Dr. Leo Klemperer in Karlsbad 561

Schmierseifeneinreibung gegen skrofulöse und tuberkulöse Verschwärungsprozesse. Von Dr. Kappesser in Darmstadt 617

Referate.

Seite

Innere Medizin 13, 78, 129, 176, 245, 298, 343, 399, 452, 512, 567, 619

Physikalische Therapie . . . 27, 137, 191, 307, 415, 467, 527, 578, 634

Chirurgie 29, 88, 139, 194, 254, 309, 360, 417, 468, 528, 582, 635

Gynäkologie . . . 33, 145, 204, 259, 313, 368, 425, 477, 531, 589

Geburtshilfe . . . 34, 92, 147, 202, 261, 314, 370, 426, 479, 533, 591, 643

Laryngologie und Rhinologie . . 35, 143, 312, 423, 476, 586

Urologie . . 37, 95, 149, 315, 429, 482, 594, 644

Augenheilkunde . . . 38, 94, 148, 262, 372, 428

Dermatologie . . 39, 97, 151, 206, 263, 317, 430, 483, 596, 646

Venerische Krankheiten und Syphilis . 42, 96, 153, 209, 265, 319, 374, 432, 485, 535

Kinderheilkunde . . . 46, 99, 154, 210, 266, 323, 375, 435, 487, 538, 599, 650

Unfallheilkunde 473

Seite

Nervenkrankheiten . . . 135, 190, 355, 413, 632

Ohrenheilkunde 589

Therapeutische Neuigkeiten:

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen 47, 101, 156, 213, 268, 325, 379, 437, 491, 547, 605, 653
2. Anderweitige Heilbehelfe 52, 331
3. Behandlungsmethoden . . . 53, 109, 163, 220, 331, 383, 445, 496, 553, 611, 659
4. Rezeptformeln . . 54, 109, 162, 220, 333, 388, 446, 502, 559, 613, 661
5. Varia . . . 55, 221, 278, 333, 390, 502, 559, 614, 662

Mitteilungen aus der Praxis:

Zur Stauungsbehandlung 489

Zur Behandlung des Diabetes 490

Congreß-Berichte:

Von der 78. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Stuttgart . 541, 600

Bücheranzeigen 56, 111, 166, 223, 229, 335, 392, 447, 503, 560, 615, 663

Digitized by Google

Sachregister.

Seite

Abführmittel 163, 253
Abkühlungs-Glykosurie . . . 620
Abortus, krimineller . . 92, 371
Abortus, künstlicher 147, 480
Absinthin 381
Abszesse, perinephritische . . 37
Achylia gastrica 571
Achylia des Magens 514
Acidol-Pepsin 655
Acid. amidoformicic. 328
Acidum anisicum 439
Acid. diaethylbarbiruric . . . 328
Acidum gynocardicum . . . 440
Acidum oleïnicum 379
Adhäsivum 330
Adipatum 610
Adipositas 620
Adipositas dolorosa 403
Adnexerkrankungen . 205, 368
Adonitinum 440
Adrenalin . . 55, 222, 252, 360, 619, 655
Adrenalinanämie 254
Adrenalon 442
Adstringentia 614
Aescochinin 379
Aetherglykosurie 13
Aetherkompressen 258
Aethernarkose 29
Aethernarkose, Wirkung auf die Niere 360
Aethylalkohol 278
Aethylendiaminkresol 379
Aethylium formicicum . . . 379
Aethylmethylxanthin 157
Agglutination 349
Agopyrin 379
Aiodin 658
Airol 375
Akaralgia 440
Akne 54, 559
Akoin 104
Akromegalie 403
Alberts Remedy 440
Albuminurie . . 13, 78, 298, 620, 626, 482
Albuminurie, alimentäre . . 177
Albuminurie, d. Pubertät . . 78
Albuminurie, febrile 78
Albuminurie, intermittierende 78

Seite

Albuminurie, konstitutionelle 78
Albuminurie, nephritische 78, 177
Albuminurie, orthostatische 78, 626
Albuminurie, physiologische . 78
Albuminurie, prostatische . . 595
Albuminurie, senile 78
Albuminurie u. Schwangerschaft 78
Albuminurie, zyklische . . . 78
Albumol 108, 381
Albumosenseifen 381
Alcarnose 159
Aldol 105
Aleuronat 381
Alformin 440, 657
Algarine Nyrdahl 442
Alginose 108
Alkalien 18
Alkohol 454, 560
Alkohol-Cellit 610
Alkohole, Gechlorte 158
Alkoholinjektionen 355
Alkoholsilbersalbe 278
Allylium sulfurat. 607
Almatein 328
Aluminium boricotannicum . 607
Aluminium boricitannicotartaricum 379
Aluminiumkaseïnat 609
Alypin . . . 105, 148, 605, 655
Alypinum nitr. 328
Amara 221
Amasira 531
Ameisensäure 345
Ameisensäure, Wirkung auf das Muskelsystem 345
Ameisensäure, Wirkung auf den Tremor 345
Ameisensäure b. Rheumatismus 345
Ameisensäure und ihre Salze 345
Ameisensäure, Wirkung auf den Kreislauf 345
Ammonium embelicum . . . 443
Amylnitrit 333
Amyloform 379
Amylojodoform 379
Amyrol 550
Anämie 209, 399
Anämie der Kinder 502
Anämie, perniziöse . . 399, 661

Seite

Anästhesie, allgemeine 360, 582
Anästhesie, lokale . . 360, 582
Anästhesierung des Kehlkopfes 588
Anästhesin 104
Anästhesinsolubile 550
Anagyrin. hydrobromic. . . . 607
Analan 105
Analgesinum coffeïnocitric. . 551
Anasarcin 105
Anaspalin 160
Anchylostama-Anämie . . . 400
Anchylostomiasis . . . 399, 660
Aneson 104
Anesthal 379
Anfälle, apoplektiforme . . . 635
Angina 487
Angina pectoris . . . 176, 333
Anilinpyrin 379
Anisokorie 632
Anodynicum 160
Anthrasol 379
Antibakterin 380
Antichlorin 382
Antichlorotin 609
Antichlorpillen 106
Antichosen 551
Anticilloid 105
Antidiabeticum fl. 105
Antidipsintabletten 551
Antidysenterieserum 658
Antifermenttabletten 106
Antiglukosine 608
Antigonokokkenserum . . . 648
Antimarin 380
Antimon 389
Antineurasthin 657
Antiphlogistine 380
Antiphthisin Klebs 217
Antipepsinkollodium 105
Antipyrinkollodium 551
Antipyrinum tannicum . . . 551
Antirheumatin 160
Antiskrophulin 440
Antispirochaetenserum . . . 658
Antistaphylokokkenserum 217, 658
Antistreptokokkenserum . . 259
Antistreptokokkin 217
Antitetanusserum 217
Antithyreoidin 383
Antithyreoidin Moebius . . . 525

Digitized by Google

Seite

Antituberkuloseserum Marmorek 349, 453
Antitussin 495
Antityphusextrakt 218
Antivenin 272
Anus praeternaturalis . . . 258
Anytin 610
Anytole 610
Aortastörungen 245
Aorten- und Mitralerkrankung 155
Apiolin 551
Apocodeinhydrochlorid . . . 608
Appendektomie 88
Appendix, Perforation der . . 419
Appendizitis . 88, 305, 419, 639
Appendizitis, Aetiologie . . . 88
Appendizitis, Behandlung mit Kalomel 88
Appendizitis bei alten Individuen 88
Appendizitis, crurale Venenentzündung bei 639
Appendizitis im Kindesalter 88, 419
Appendizitis, Frühoperationen 419
Appendizitis, interne und chirurgische Behandlung . . . 639
Appendizitis-Operation . 88, 419
Appendizitis, pathologische Anatomie 88
Appendizitis, verschleppte, eitrige 88
Argentol 608
Argentum aceticum 608
Argentum jodatum 385
Argentum phosphoricum . . 551
Armlösung 533
Arrhenal 48
Arsenferratose 382
Arteriose 609
Arteriosklerose 176, 274, 277 343, 452
Arteriosklerose abdominale . 343
Arteriosklerose, Aetiologie der 343
Arteriosklerose, Statistik der 343
Arthritis gonorrhoica 197
Arthritis tuberculosa 528
Arzneiexantheme 39
Arzneimischungen, unverträgliche 390, 662
Askaridiasis 659
Asphyxie d. Neugeborenen . 324

Seite

Aspirin 358, 653
Asthma 389
Asthma bronchiale 567
Asthmamittel 437
Asthmaspezialitäten . 437, 438
Aszites 177, 277
Aszites, chirurgische Behandlung des 367
Atmokausis 369
Atosylinjektionen 165
Atrabilin 442
Atropin-Eumydrin 405
Atropin-Morphium-Chloroformnarkose 360
Atropinum methylobromatum 549
Atropinum stearinicum . . . 551
Atroscin 551
Augenentzündung 149
Augenentzündung der Neugeborenen 373
Augenkrankheiten . . 498, 553
Augenverletzungen 428
Ausfüllung hohler Räume . . 541
Autointoxikation 262
Autoseroprognose 349
Azetessigsäure 13
Azetonämie 13
Azetonbildung 13
Azetonurie 13
Azidität von Urin und Blut . 453
Azidurie 13

Badekuren 101
Baden-Badener Themen . . 417
Bäder, heiße 308, 554
Bakteriolysine 453
Bandwurmkuren 53
Basicin 551
Bauchfelltuberkulose 641
Bauchreflexe 186
Bauchschnitt, vaginaler . . . 591
Bauchspekulum 313
Becken, enges 643
Beckenappendizitis 419
Beckenendlage 534
Beckenentzündungen 426
Beckenerweiterung 428
Beckenmeßmethode 427
Belloform 328
Benguès Balsam 160
Benzolsuperoxyd 48
Benzoparakresol 552

Seite

Benzosalin 270
Benzoylsuperoxyd 440
Bergmannskrankheiten . . . 399
Betulol 608
Bierhefe 412, 558
Bismal 553
Bismutose 106, 156
Bivol 269
Blasenfüllung, künstliche . . 425
Blastomykose 208
Bleivergiftung, chronische . . 86
Blenal 608
Blenoorrhöe der Neugeborenen 540
Blennorsan 270
Blepharitis 559
Blinddarmentzündung 464
Blut 399
Blut, urämisches 460
Blutdruck 78, 344, 512
Blutdruckmessung 344
Blutdrüsen 403
Blutentziehungen 177
Blutes, mechanische Reinigung des 400
Blutstillungsmittel 303
Blutungen 427
Blutungen, atonische 203
Blutungen aus dem Harnapparate 149
Blutungen des Verdauungskanals 410
Blutungen des weiblichen Genitaltractus 146
Bornyval 49, 654
Bottinische Operation 429
Brandsanal 105
Brandwunden 221
Brom-Eisenwasser 413
Bromide, Mißbrauch der . . 357
Bromotan 328, 608
Bromothymin 551
Brompräparate 613
Bronchiektasie 502
Bronchitis 502, 567
Bronchitis, chronische 446
Buchweizenexanthem 97
Buttermilch 266, 275

Cacti grandiflori, Extract . . 245
Calcinol 270
Calcium hippuricum 608
Calcium jodicum 216

Digitized by Google

Seite

Calomelol-Opiumtabletten . . 440
Capsulae Olei diuretici . . . 551
Capsulae Olei olivar. asept. . 49
Carcinoma ventricul. 109
Cardiacus Bonavera 105
Cardin 272
Carissin 551
Casanthrol 160, 216
Cascarapräparate 253
Caseojodin 551
Celatonwatte 330
Cerebrin 273
Cerebrum siccat. 273
Cestiacol 106
Cetrarin 380
Chelidonimum sulfur. 551
Chinapyrin 608
Chinin 355
Chinin, ameisensaueres . . . 334
Chinininjektionen 332
Chininphytin 327
Chininum arrhenalicum . . . 608
Chininum sulfur. 165
Chininurethan 608
Chinoform 550
Chloräthoform 105
Chlorbaryum 245
Chlorbestimmung 251
Chloreton 158
Chloride, Entziehung der . . 177
Chloroform, Wirkung auf die Niere 360
Chloroform-Kampfervasol . . 105
Chloroformnarkose . . . 13, 20
Chloroformnarkose, Synkope bei 360
Chlorose . . 333, 387, 400, 554, 559, 660
Cholelithiasis 576
Chologen 576, 637
Chorea 358
Chorea minor 653
Chorea mit Staphylokokkenmeningitis 136
Cidrase 440
Citarin bei Gicht 347
Citrocoll 608
Clavin . . . 49, 159, 261, 333
Cloran 158
Cocillana 567
Codeinum hydrojodicum . . . 551
Codrenin 270, 329

Seite

Cökums, Dilatation und Senkung des 410
Coffeinjodol 608
Colalin 608
Colica membranacea 247
Colica mucosa 247
Collargol 274
Collaurin 440
Colligamen 330
Coma diabeticum 298
Condurango 443
Coniferoltabletten 329
Conjunktivitis, akute 277
Conjunctivitis, gonorrh. . . . 276
Convulsin 495
Cornutinum citricum 216
Cornutinum conc. . . 270, 380
Cornutol 49
Coronillin 329
Corpora lutea sicc. 219
Corynanthintabletten 440
Credé'sche Tropfen 334
Creosin 319
Creosolum 105
Croup 661
Cupridol 440
Curbitinschokolade 609

Dämpfung, parasternale . . 567
Dammschutzmethode 35
Darm 46, 510
Darmadstringentien 156
Darmfunktion 520
Darmgeschwüre, tuberkulöse 410
Darmkatarrh 221
Darmkatarrh, chronischer . . 520
Darmverschluß 410
Dechloruration 520
Degrasin 658
Dekubitussalbe 559
Dentalone 441
Dentition, Erste 211
Depilatorium 501
Dercumsche Krankheit . 403, 404
Dermatitis exfoliativa neonatorum 430
Dermol 160
Dermosapol 161
Diabetes, Häuslicher 298
Diabetes insipidus . . 252, 466
Diabetes mellitus . . 13, 298, 458, 490, 620

Seite

Diabeteserin 271, 458
Diabetesmilch, Rose 108
Diabetikerbrot 559
Diabetikermilch 221
Diabetikerzwieback 559
Diät, stickstoffarme 357
Diät, vegetarische 623
Diarrhöe der Tuberkulösen . 184
Diarrhöe der Kinder . 210, 267
Diäthese, uratische 623
Didymin 219
Digalen 129
Digitalis 129, 512
Digitalisersatz 276
Diphtherie 155, 349, 446, 487, 499
Diphtherie, Septische 598
Diphtherieheilserum . 349, 663
Dispnon 105
Dispnontabletten 441
Dolonephran 329
Dormiol 158
Dreieck, paravertebravales . 267
Drüsenabszesse, tuberkul. . . 143
Drüsenschwellung, schmerzhafte, bei Lues 485
Drüsenschwellungen, tuberkulöse 613
Dünndarmatresie, congenitale 377
Duodenalstenose 410
Duran 49
Durchlässigkeit des Magendarmkanals für Bakterien . 544
Durinum 330
Dysenterie, chronische . . . 520
Dysenterieheilserum 272
Dysmenorrhöe 531
Dyspepsie 613
Dyspepsie der Herzkranken . 514
Dyspepsie der Säuglinge . . 539
Dyspepsie, hypersthenische . 405
Dyspepsie, nervöse 502
Dysphagietabletten 106

Eingriffe, Geburtshilfliche . . 34
Eisenkraftbrot 106, 443
Eisenoxydulmalzextrakt . . . 553
Eisenphosphomannit 106
Eisenpräparate 189, 662
Eisenschokolade „Orgas“ . . 609
Eiweißbestimmung 78
Eklampsie . . 202, 371, 480, 481, 591, 64

Digitized by Google

Seite

Eklampsie-Heilmittel 658
Ektogan 439
Elektrochemische Therapie . 630
Elektromagnetische Ströme . 138
Elkossan 106
Endometritis 203
Endometritis chr. 313
Endoskopie 209
Enesol 222
Enteritis chronica 163
Enteritis hämorrhagica neonatorum 268
Enterorose 106
Enterospasmen 419
Entfettungstherapie 460
Enthymol 271
Entziehung 18
Entzündung, angioneurotische 206
Entzündungen, akute 417
Enuresis 378, 650
Enuresis nocturna 212
Eosot 106
Epididymitis 153
Epilepsie 225, 281, 357, 413, 632
Epiphora 476
Erasin 49
Erbrechen 53
Erbrechen, paroxystisches . . 13
Erbrechen, periodisches . . . 447
Erbrechen, unstillbares . 556, 591, 643
Ergotininjektionen 29
Erkrankungen, chron. rheum. 162
Ernährung 18
Ernährung, chlorfreie 357
Ernährung, rektale 416
Ernährungstherapie 525
Ernol 161
Erysipel 220, 349, 558
Erythema induratum 151
Erythema multiforme 206
Erytheme exudative 206
Estoral 329, 608
Eucarenalin 658
Eucasin 106
Eucasin-Schokolade 107
Eucathymin 608
Eucodin 327
Eudoxin 107
Eudrenin 442
Euhämose 382
Eukain 104

Seite

Eukalyptine 329
Eukinase 272
Eumorphol 218
Eunatrol 249
Eusulfinseife 610
Eurythrol 381
Eusemin 442
Eutannin 271
Eutonicin 380
Eutonixin 609
Euzon 105
Exantheme, akute 487
Extr. haemoglobini 159
Extract. Ramkulini 553
Extractum suprarenale 442, 658
Extraktion am Steiß 314
Extraktion des abgerissenen Kopfes 534
Extrauteringravidität 370
Exsudat, Differentialdiagnose 133
Exudol 161

Fangokuren 191
Fascolsalbe 444
Fehlgeburten 315
Feronin-Brot 107
Fer-Protylin 609
Ferratogen 553
Ferrhaemin 218
Ferrichthol 553
Ferripton 271
Ferrocolin 443
Ferro-Guaja-Cinnamyl-Pillen 441, 608
Ferro-Guaja-Cinnamyl-Pulver 441
Ferrovin 553
Ferrum picricum 609
Fetrosal 161
Fettembolie 197
Fettsucht 623
Fettverdauung 515
Fettverdauung im Magen . . 571
Fibrolysin 309, 514
Fibromyome d. Uterus . . . 478
Fibularfrakturen 139
Filmaronöl 328
Fingerkontraktur, Dupuytrensche 309
Finsenlicht 263, 483
Fissura ani 324
Flexura sigmoidea, Hypertrophie der 268

Seite

Flexuren, abnorm lange . . . 311
Fluor albus 146
Fluoroformwasser 441
Fluxion 27
Folliculi Sennae 164
Formaldehyd-Kasein 441
Formazol 271
Formicin 105
Formicin - Formaldehydacetamid 441
Forminol 441
Formol 220, 623
Formurol 609
Formylphenetidin 441
Formysol 610
Fortose 159, 448
Fortossan 436
Fractura antibrachii 139
Frakturen 30, 139
Framboesia tropica 486
Frangulae cort. 163
Frauenmilch 545
Frostbeulen 55
Fruchtabtreibung, mechanische 534
Frühgeburt, künstliche . 92, 592
Fuci vesiculosi co. Extr. . . 50
Fukol 268
Furunkulin 159
Fußschweiß 500

Gadose 443
Gärungsdyspepsie 514
Galaktogen 553
Galle 249
Gallenblase, Entfernung der . 472
Gallensteinkolik 559
Gallensteinkolik ohne Ikterus 637
Gallensteinkrankheit 310, 366, 561
Galloformin 609
Ganglion coeliacum 414
Gangraen senile 164
Garrulitas vulvae 205
Gasgemischnarkose 360
Gasterin 272
Gasterogen 272
Gastralgie 333, 504
Gastrektasie, benigne 194
Gastricin 443
Gastritis acida 278, 389
Gatritis chronica . . . 109, 502
Gastroenteritis 599, 661
Gastroenterostomie . . 410, 583

Digitized by Google

Seite

Gastromyxin 273
Gastromyxorhöe 133
Gaumenspalten 472
Gebärmutter, Rückwärtslagerung der 145
Gebärmutterkrebs 260
Geburt, Hygiene vor der . . 315
Geburten, wiederholte . . . 203
Geburten, präzipitierte . . . 643
Geburtshilfe, moderne . . . 371
Geburtshindernisse 34
Gefäße 245
Gefäßerscheinungen beim Typhus 186
Gehirnkrankheiten, chirurgische Behandlung der . . . 30
Gehirntumoren 30
Geisteskrankheiten 414
Gelanthum 610
Gelatine 453
Gelatine, flüssige 252
Gelatineinjektionen . . 184, 626
Gelenke 197, 468
Gelenkentzündungen, gonorrhoische 138, 468
Gelenkentzündungen, subakute und chronische 468
Gelenkergüsse 468
Gelenkerkrankungen, gonorrhoische 971
Gelenkkontrakturen 197
Gelenksrheumatismus 197
Gelenkstuberkulose 642
Gelone 610
Gelosepepsin 49
Genickstarre 333, 349
Genickstarre, Heilserum gegen 610
Genitalsekret neugeborener Mädchen 377
Genoform 441
Genuvalgum 600
Geosot 609
Geranin 552
Gerbsäure 156
Gesichtsekzeme 660
Gesichtsneuralgien 355
Geschwulstzellen 97
Gicht 52, 277, 347, 445, 447, 623
Gicht, chronische 347
Gicht, diätetische Behandlung 18
Gichtkranken, Nahrungsmenge des 347

Seite

Gicht, Viszerale 464
Glandulae parotis sicc. . . . 658
Glandulae prostaticae 219
Glandulae Thymi 273
Glandulen 273
Glaukom 94, 445
Glutannol 107
Gluton 553
Glycerinum lactocarbolicum . 552
Glykosurie 298
Glyphocal 443
Gomenol 216
Gonokokkenserum 494
Gonorrhöe . . 96, 375, 485, 559
Gonorrhöe, Prophylaxe gegen 266
Gonoryltabletten 441
Gonosan 441, 485, 660
Goudrogenin 217
Griserin 158
Guajacophosphal 441
Guajakol 315
Guajakolkakodylat 653
Guajarsinsirup 49
Guayarsin 552
Guderin 443
Gytje 610

Hämalbumin 107
Hämalbumin-Elixir 553
Häman 443
Hämanutrid 107
Hämatinalbumin 443
Hämatopan 609
Hämaturie 594
Haemoantitoxin 203
Haemoform 443
Haemoform-Haematogen . . 443
Hämogallol 218
Hämoglobin Nardi 444
Hämoglobinuntersuchungen . 568
Hämoglobinurie Paroxystische 400
Hämol 107, 444
Hämoptoë 184
Hämoptyse bei Greisen . . . 466
Hämorrhoiden . . 163, 390, 410, 500, 559, 574
Hämorrhoisid 501
Hämostan 552
Hämostatin 442
Hallux valgus 530
Halsorgane, Chirurgie der . . 541
Handekzeme 54
Harnblase, Gestalt der . . . 37

Seite

Harnröhre 209
Harnsäure 347
Harnsäurediathese 164
Harnsäuremenge, Schätzung der 347
Harnstoffgehalt d. Harnes . . 177
Hautatrophie, idiopathische . 596
Hautgeschwülste 646
Hautepitheliom 263, 483
Hefetherapie 555, 599
Heilserum gegen Genickstarre 349
Heißlufttherapie 426
Heißwasseralkoholdesinfektion 533
Helmitol 426, 442, 487
Hemeralopie 220
Hemidesmuswurzel 105
Herderkrankungen, zerebrale 190
Hernia epigustrica 635
Herniapillen 653
Hernien 635
Hernien der linea alba . . . 635
Hernien im Kindesalter . . . 538
Hernien, inkarzerierte . . . 259
Herniol 380
Heroïn 276
Herpes Zoster 54
Herz 245
Herzkrankheiten 578
Herzinsuffizienz 277
Herzneurosen 525
Herztöne, kindliche 479
Herzverletzungen 354
Herzinsufficienz 439
Hetolcoffein 49
Hetolsanguinal 105
Hetralin 492
Hirntumoren 602
Hirschsprungsche Krankheit . 25
Hirudin 218, 326
Histogenol 653
Histosan 656
Hodenextrakt 460
Hodengangrän 96
Höhenklima 331
Holokokain 104
Homatropintabletten 662
Honthin 553
Hopogan 217
Hornhautgeschwür 390
Hüftgelenkserkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett 370

Digitized by Google

Seite

Hüftverrenkung, angeborne . 541
Huminal 217
Hustenleiden 568
Hydramil 105
Hydrargolent 653
Hydrargyr. anilinicum . . . 220
Hydrargyrum lactic. 552
Hydrargyr. oxycyanat. . . . 49
Hydrastis canadensis . . . 410
Hydrogol 653
Hydronephrose 37
Hydrozon 249
Hygiama Theinhardts 162
Hygrophila spinosa 105
Hyperämie, Biersche 369
Hyperämie, Künstliche . . . 527
Hyperhidrosis 318
Hypertrophie der Prostata . 644
Hypophysis cerebri 273
Hypophysisextrakt 403
Hysterie 135, 169, 410

Ichthoform 159
Ichthyol 215
Ichthyoliin 492
Ionaftan 161
Igazol 271
Ileokolitis 252
Ileocökalschmerz 88
Ileocökaltuberkulose 585
Ileus, postoperativer 368
Imidiod 329
Impotenz 415, 632
Incontinentia urinae 95, 111, 376
Incontinentia urinae et alvi . 650
Indoform 50
Infektion, chirurgische . . . 254
Influenzin 217
Infusorienenteritis 410
Inhalationsanalgesie 360
Inhalierpfeife 145
Injektion, epidurale 528
Injektionen, analgesierende . 355
Interkostalneuralgien 355
Intoleranz gegen Milch . . . 540
Irosyl 609
Isopral 213
Ischias 220, 556, 633
Isophysostigmin 327
Isopral 158
Isotachiol 329
Itrol 492

Seite

Isson 329
Ixodin 273

Jecorol 108
Jodaceton 552
Jodan 329
Jodausscheidung 39
Jodeisenlebertran 108
Jodgelatine „Sclavo“ . 298, 400
Jodipinum solidum 214
Jodisme tubereux 39
Jodismus 39, 153
Jodkalieruption, epitheliomähnliche 39
Jododerma tuberos. 39
Jodoformin 653
Jodoformogen 653
Jodoformsalol 653
Jodoglobin 444
Jodokoffein 50
Jodolen 271
Jodolmenthol 552
Jodomaisin 380
Jodopyrin 654
Jodtherapie, perkutane . . . 327
Jothion 276

Kaffee 515
Kaiserschnitt, vaginaler . 261, 591
Kakao 467
Kalium hypermanganic. . 557, 515
Kalkariurie 18
Kalksaft „Orgas“ 609
Kalodal 271
Kalomelol 374
Kalosin 552
Kalorimetrische Untersuchungen 546
Kalziumjodid 631
Kamakosin 609
Kampfersäurephenitidid . . . 552
Kapillarbronchitis 193
Kapitol 444
Kardiospasmus 312
Karrakpflaster 330
Karzinom 88, 477, 478
Kartoffelkur 620
Kartoffelspeisen 620
Karzinom d. Intestinaltraktes 465
Kaseinalbumoseseife 381
Kaseinsalbe 161
Kasurol 329
Kataphorese 29, 135

Seite

Katgutsterilisation 478
Katheterzystitis . . . 205, 368
Kelyrogentabletten 382
Kehlkopfgeschwüre 614
Kehlkopfnerven, Reizzustand d. 588
Keimol 105
Kephaldol 611
Keraminseife 381, 610
Ketonbasen 587
Keuchhusten . 99, 164, 276, 377, 652
Keuchhustenmittel 495
Keuchhustentabletten Lublins 495
Kieferhöhlenempyeme 424
Kieferhöhlenspülung 312
Kinase 18
Kindbettfieber 592
Kinder, leicht abnorme . . . 212
Kinderlähmung, spinale 530, 546
Kindernahrung, Theinhardts 162
Kindersyphilis 652
Kindertetanie 526
Klavikularfraktur 139
Klumpfuß 468
Kniegelenk, traumatische Entzündung 197
Kniegelenkstuberkulose 197, 468
Knochen 468
Knochenbrüche 417
Knochenbrüche, einfache . . 139
Knochenbrüche, Einfluß der Nervendurchschneidung auf 139
Knochenerkrankungen im Kindesalter 539
Knochenmarkpräparate . . . 51
Knochentuberkulose 642
Knöchelbruch 139
Knötchenlunge 545
Knötchen, schmerzhafte . . . 190
Kochsalz 177
Kochsalzarme Kost 177
Kokainersatzmittel 104
Kollargol 498
Konsanguinität 430
Kontraktur, Dupuytrensche . 611
Konvulsionen 210
Kopfschmerz, urämischer . . 177
Kopfschmerzen 612
Koxitis 468
Krebs 263
Krelution 105
Kremulsion 106

Digitized by Google

Seite

Kreosot-Formaldehyd . . . 306
Kriegsärztliche Berichte . . 585
Krüppelfürsorge 601
Kruse-Serum 381

Lactoserum 273
Lähmungen 30, 633
Lähmungen, spastische . . . 375
Laktagol 548
Lanesin 161
Laryline 610
Laryngoskopia subglottica . . 423
Larynxpapillome 145
Larynxstenose, diphtheritische 144
Larynxtuberkulose 390
Laxantia 447
Leber 249, 576
Leberkolik 249
Lebertranalbumin 108
Lebertranersatzpräparate . . 108
Leberzirrhose 571, 576
Letalbin 444
Lecithinogen 444
Lecithmedullin 51
Leguminosenmehl 18
Lenizet 318
Lentin 272
Lepra 496
Leucoderma syphil. 54
Leukämie 52, 558
Leukoplakie 586
Leukoplast 330
Leukozytose 33, 595
Leukozytose, Künstliche . . 400
Lezithin 359
Lezithin-Lebertran 108
Lichen ruber planus 649
Licht, Einfluß von, auf tierische Gewebe 97
Lichtbäder, elektrische . . . 500
Lichtwärmestrahlen 97
Lichttherapie 97, 263
Lidkrebs 38
Ligamentverkürzung, intraperitoneale 205
Linimentum Carragheni . . . 444
Liquor ferri mangani peptonati 444
Liquor sanguinalis . . 610, 657
Liquor thyreoideae 273
Litholapaxie 595
Lithosan 329
Lithotomie 595

Seite

Lofotin 108
Lokalanästhesie 29, 502
Lues congenita 374
Luftbad 192
Luftröhre, Verlegung der . . 36
Lumbalanästhesie . . 528, 614
Lumbalpunktion 30, 177, 387 414, 481, 643
Lunge 567
Lungenödem 278
Lungenphthise 502
Lupus vulgaris . . 97, 484, 557
Luxation, Kongenitale, im Schultergelenk 468
Lymphangitis gonorrh. . . . 265
Lymphknoten, bronchiale . . 21
Lympho granulomatosis cutis 597
Lymphol 108
Lyptol 329, 653
Lysargin 50
Lysulfol 161

Magen . . . 405, 456, 514, 571
Magens, Perforation des . . 573
Magenchirurgie . . . 194, 259
Magenerweiterung 131
Mageninhalt 456
Mageninhaltstauung 456
Magenkatarrh 514
Magenkrampf 109
Magenkrebs . 131, 194, 259, 278, 456
Magengeschwür . 132, 405, 449
Magengeschwür bei Kindern . 132
Magengeschwür-Behandlung . 132
Magengeschwür, Schmerz bei 132
Magensaft 131
Magensaftazidität bei chronischer Obstipation 571
Magensaftfluß 571
Magensaftsekretion . . 514, 515
Magenschleimfluß 133
Magenschleimhaut, Hyperästhesie der 405
Magenspülungen 99
Magentetanie 131
Magnet 260
Magnesiumsalze 165
Magnesiumsuperoxyd 611
Magolan 653
Maltogen 553
Malum coxae senile 197

Seite

Malzextrakte 502
Malzextraktseife 381
Malzkaffee 334
Malzmilch 609
Malzsuppe 539
Manganum albuminatum . . 107
Maretin 47, 275
Marmorek-Serum 386
Marrubin 51
Martinsche Pastillen 494
Masern 487
Masernheilserum 668
Masernkomplikationen . . . 487
Mastdarm 574
Mastdarmkarzinom 389
Mastdarmpolypen 323
Mastdarmvorfall 410
Mastitis 369
Meconarcein 492
Megacolon congenitum . . . 25
Melaena neonatorum 652
Melancholie 163
Melioform 214
Menfor 444
Meningitis 274, 387
Meningitis cerebrospinalis epidemica 211
Menstruation . . 190, 315, 482
Menstruationsstörungen . . . 559
Menthussin 160
Mercolint 330
Mercuran 444
Merkurkolloid 161
Metallbougie, Knapps 92
Methaform 654
Methylblau 213
Methylxanthin 106
Metritis bei Neuvermählten . 33
Migräne 388, 619
Migrol 329
Migrophen 654
Mikrobenfund im Darmkanal 306
Milch, kondensierte 154
Milchfett der Frau 600
Milchsäurebildung 456
Milchsekretion, Anregung der 369
Milchsekretion, Insuffizienz der 154
Milzbrandserum . . . 218, 658
Mineralwässer 405
Mineralwässer, Homburgs . . 751
Mitralinsuffizienz nach Trauma 353

Digitized by Google

Seite

Mittelohrkartarrh 276
Mollplaste 330
Monochlorphenol 657
Morbillen 46
Morbus Basedowi . 13, 33, 275, 383, 403, 525
Morcellement der hypertrophischen Gaumentonsille . 143
Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf 350
Morphium - Skopolamininjektionen 590
Morrhuol 108
Muiracithin 552
Muskelchirurgie 154
Muttermilch 154
Myelen 51
Myelogen 51
Myokarditis syphilitica . . . 486
Myoserum 273
Myxödem 403

Nährklistiere 500
Naevi 646
Nahrungsbeschränkung . . . 18
Nahrungsmittel, stickstoffhaltige 18
Naphtosalizin 380
Narcyl 386
Nargol 381
Narkose 13, 29
Narkoseapparat 582
Nasenbluten 221, 661
Nasensauger 423
Nasenseptums, Deviationen des 424
Natr. benzoylsulfonic. 329
Natrium hyperboric. 50
Natron, ameisensaures . . . 345
Natron, glycocholsaueres . . 249
Nebenhöhlen der Nase . . . 35
Nebennierendiabetes 620
Neodermin 611
Nephritis . . 177, 307, 316, 556, 594, 626
Nephropexie 418
Nephroptosis 418
Nervenkokainisation 355
Nervennaht 366
Nerviton 610
Neubildungen, Epitheliale . . 265
Neuralgien . . . 355, 447, 620
Neuralgien, rheumatische . . 355

Seite

Neurasthenie 163, 324
Neuritiden . . . 136, 355, 620
Neurosen, Motorische 413
Neutuberkulin 144
Nierenbecken 503
Nierenentzündung, Kindliche . 177
Nierenerkrankungen, chronische 634
Nierenreduktion 626
Nierenreizung nach Urotropin 150
Nierensaft 460
Nierentuberkulose 315
Nierentumor 95
Nierenwassersucht 177
Nirvanin 104
Normalflasche 375
Normyl 50
Novokain 48, 101, 326, 360, 605
Novorenal 606
Nucleogen 272, 382, 605
Nukleinsäure 479

Obstipation 57
Obstipation, chronische 331, 571
Obstipation, habituelle . . . 410
Oedeme 177
Oenase 382, 654
Oesophagus 514
Oesophagusstenosen 514
Oesophagusstriktur 309
Ohreiterungen 589
Olan 50
Ollat 272, 382
Omal 50
Omorol 446
Oophorin 219
Operationen, Plastische, am Genitale 591
Ophthalmie, Metastatische . . 372
Ophthalmoblennorhöe 373
Opium 111
Opium bei Kindern 540
Opotherapie 13
Opotherapie, renale . . 177, 460
Orexin 611
Organotherapie . 219, 460, 619
Organotherapie, ovariale . . 460
Orthoform 104
Ossagen 51, 109
Ossalin 51
Ossalinsaures Natrium . . . 51
Ossin 108

Seite

Otitis 53
Otitis media purulenta . . . 391
Oxysepsin 218
Oxytuberkulin 218
Oxyuris vermicularis . 164, 502
Ozaena 425

Paedatrophie 378
Palladium chloratim 106
Pancreaden 273
Pankreas 13
Pankreas, Insuffizienz der . . 466
Pankreaserkrankung 249
Pankreatitis, chronisch-interstitielle 629
Pankreatokinase 273
Pankreon 273
Panutrin 109
Paraffininjektionen 425, 431, 587
Paraganglin 442
Paraganglin Vasale 410
Paranephrin 660
Paraphimosis 46
Pasterin 496
Pasteurisierung 378
Patella, Tuberkulose nach Trauma 473
Pellagra 206
Pelsitin-Kräutertee 106
Pelvioplastik 428
Pemphigus acutus neonatorum 430
Penase 107
Pepsin lactated 107
Pepsinsalzsäure 456
Peptonmedullin 52
Peptonoids liquid 444
Peptoovarin 219
Periarthritis des Schultergelenkes 468
Pericarditis adhäsiva 498
Pericolitis dextra 410
Peritonealtuberkulose 134
Peritoneums, Resistenzerhöhung des 478
Perityphlitis 419
Peronin 50
Pertussin 496
Pertussis 333
Peru-Lenicet 493
Pes plano-vulgus 468
Pesotta-Pillen 159
Pessarbehandlung 532

Digitized by Google

Seite

Pfeiffersche Krankheit 46
Phenopast 161
Phlebitis 201
Phosphaturie 18
Phosphorausscheidung . . . 630
Phosphorintabletten 107
Phosphorpräparate, Organische 358
Phthisintabletten 273
Physostigmin 53
Picratol 106
Pilulae Colae comp. 272
Pittylen 213
Placenta praevia 479
Plantal 160, 493
Plasmon 159
Plattfuß 468
Pleura 567
Pneumonie . . 21, 135, 276, 301, 387, 502, 620
Pneumokokkenserum . 218, 301
Polyarthritis, akute, tuberkulöse 500
Polyneuritis cerebralis menieréformis 191
Polyserositis fibrosa 384
Postpartumblutungen, atonische 147
Prävalidin 306
Prävalidinsalbe 161
Probekost 520
Proferrin 610
Prophylactol 159
Proponal 217, 269
Prostatahypertrophie . 113, 644
Prostatektomie 645
Protargol 276
Protylin 630
Prurigo 501
Pruritus ani 574
Pruritus cutaneus 598
Pseudoarthrosen n. Frakturen 139
Pseudoosteomalazie 432
Psorialan 161, 444
Psoriasis 220, 221, 500
Psorospermosis Darier . . . 431
Pubiotomie 533
Puerperalfieber 481, 661
Pulmonin 273
Puls 93, 512
Pulsfrequenzänderung bei der Atmung 512
Pulvis duodenalis 382

Seite

Pupillenreaktion, psychische und sensible 136
Pupillenreflexe, viszerale . . 632
Purgella 50
Purglets 610
Pyelographie 594
Pyelonephritis 371, 371
Pylorusstenose, benigne . . . 23
Pylorustumor 95
Pyramidon 157
Pyurie 483, 595

Quecksilber 222
Quecksilbereinspritzungen . . 501
Quecksilberwasserlampe . . . 318
Quillajarindendekokt 312

Radioaktive Substanzen . . 468
Radioaktivität 417
Radiolpräparate 662
Radium 598, 556
Radiumbehandlung . . . 35, 38
Radiumstrahlen 478
Radiusfraktur 468
Ramin 493
Recklinghausensche Krankheit 319
Ren mobilis 150, 418
Renaden 219
Renastipin 659
Renes sicc. pulv. 219
Renoform 329
Renoformpulver 586
Rhachitis 211, 436
Rheumatismus . . . 52, 445, 619
Rheusinal 440
Rhinitis 332
Rhinitis hypertrophica . . . 613
Ringmesser-Tonsillotom . . . 144
Roboferrol 382, 610
Roborat 107
Roborin 159
Röntgen-Dermatitis 432
Röntgenographie 503
Röntgen-Strahlen 52, 263, 265, 430, 445, 525, 558, 567
Röntgen-Therapie 263
Rückenmarkanästhesie . 360, 528, 590
Rückenmarkanästhesie, Abduzenslähmung nach 360
Rückenmarklähmung, nach Lumbalanästhesie 360
Ruskol 161

Seite

Saccharin 298
Säuglingsdyspepsie 456
Säuglingsernährung 154
Säuglingstuberkulose 435
Sajodin 631
Salbe, juckstillende 163
Salben 160, 444
Salbenstifte 161
Salimenthol 493
Salit 328, 556
Salitpatronen 330
Salizylsäureglyzerinformalester 160
Salizyltalg, Klempers 161
Salvercolpatronen 330
Salzsäure 48, 405, 515
Salzsäureverminderung . . . 131
Samol 493
Sanal 161
Sanatogen, Russisches 160
Sangan 443
Sanguinoform 381
Sanguinol 218
Sano 108
Sanoderma 331
Santalsol 160
Santyl 160, 607
Sapal 94
Saparaform 160
Sapolentum Hydrargyri . . . 381
Saposilic 381
Sauerstoffbäder 137
Sauerstoffinfusionen 13
Sauerstofftherapie, subkutane 633
Saugapparate 35, 36
Saugbehandlung, Klappsche 417, 472
Scavuline 159
Schanker, extragenitaler . . 317
Scharlach 53, 487
Scharlachnephritis 487
Scharlachprophylaxe 349
Scharlachrezidive 487
Scharlachserum 51
Scharlachtherapie 349
Schenkelhalsbruch 139
Schiefhals, muskulärer . . . 257
Schilddrüsensaft 619
Schilddrüsenpräparate 403
Schlafmittel 662
Schlammart, neue 391
Schlammbäder 467
Schleimhautlupus 476

Digitized by Google

Seite

Schleimhauttuberkulose . . . 476
Schleimkolik 247
Schmierseifeneinreibungen . . 617
Schnupfen 660
Schrumpfniere 626
Schüttelfrost im Wochenbett . 94
Schutzpockenimpfung . . 7, 70
Schwangerschaft. 93, 371, 426, 427, 478, 479
Schwangerschaft, Unterbrechung der 185
Schwangerschaftserbrechen 315
Schweinemagensaft 456
Schwitzbäder, trockene . . . 138
Secretin 382
Seekrankheit 36
Seeluft 337
Sehnenverpflanzung 257
Sehstörungen nach Beobachtung der Sonnenfinsternis . 372
Seife, hygienische 610
Seifen, medizinische 381
Sensibilisierung 97
Sequardin 219
Sera, antibakterielle 155
Séribéli 609
Serum, antibazilläres 21
Serum, Aronsonsches 494
Serum, bivalentes 349
Serum, bakterizides 349
Serum bichloratum 493
Serum, Behringsches 349
Serum, Maraglianos 184
Serum, Trunececks 445
Serumdiagnostik 186
Serumtherapie . . 135, 349, 577
Serumtherapie per os 577
Serodiagnostik der Syphilis . 538
Serotherapie der Pneumonie . 387
Sesamin 109
Sicco 218
Silber, Credé'sches 498
Silbertherapie 557
Silbertherapie, lokale 499
Silin 160
Simulation der Hysterie . . . 353
Sitzbäder 204
Skabies 661
Sklerom 35
Sklerose, multiple 191
Skoliose 143
Skopolamin-Morphium . . . 593

Seite

Skopolamin-Morphium-Chloräthyl-Aether-Narkose . . . 360
Skopolamin-Morphium-Chloroform-Narkose 360
Skopolamin-Morphium-Narkose 360, 390, 656
Skopomorphin 656
Skrofulose 389, 435, 617
Solurol 493, 623
Solvin 496
Somatose 412
Sophol 373, 654
Spermin 219
Sperminum hydrochloric. Poehl 111
Sphacelotoxin 50
Sphagnol 161
Sphygmogenin 442
Spinol 159
Spirochaete pallida . 40, 319, 486, 535
Splenin 381
Spleniferrin 381
Stahlwässer 634
Staphylase Doyen 381
Stauung, Biersche 138, 143, 260, 313, 417, 532, 642
Stauungsbehandlung 489
Stauungshyperämie 589
Sterilität 313
Sterol 216
Stomachikum 109, 447
Stomatitis 389
Stovain . . . 104, 323, 438, 352
Stovaïne Billou 493
Stovain-Adrenalin Billou . . 528
Stovainvergiftung 503
Streptokokkenvakzine . . . 659
Strikturen, gonorrhoische, des Mastdarmes 574
Strikturen, traumatische . . 309
Strophanthin 512
Struma 278
Strychnin 500
Strychnininjektionen 466
Stuhlverstopfung 1
Stypticinwatte 313
Styptogan 270
Styrakol 53, 453
Sublamin 326
Sulfopyrin 271, 330
Supradin 442
Suprarenaden 442

Seite

Suprarenal-Tonogen 659
Suprarenalin-Suppositorien . 655
Suprarenin 442
Symphyseotomie 93
Syphilis 40, 96, 209, 557
Syphilis, Uebertragung auf Affen 433

T-C-Selenin 612
Tabes 136, 456, 633
Tabes, Plötzlicher Tod bei . 137
Taka-Diastase 108
Talma'sche Operation 249
Tamaquaré 217
Tannalbin 156
Tannigen 156
Tannoform 157
Tannoorganpräparate 219
Tao 383
Tauruma 659
Tebecin 494
Tegone 610
Temperatur 93
Temperaturempfindlichkeit des Magens 571
Testaden 219
Testes sicc. pulv. 219
Tetanie 131, 520
Tetanusantitoxin 577
Theobromose 654
Theocin 491
Thephorin 330, 550
Therapogen 160, 330
Thermalsolbäder, Kohlensäurehaltige 512
Thiosinamin 309. 649
Thymenol Scillae 54
Thymidol 493
Thyminsäure 623
Thyminsäurepräparate . . . 347
Thymospasmin 496
Thymylum trichlorat. 160
Thyreoidin 619
Tinnitus aurium 309
Tonsillarabszeß . . . 412, 476
Tonsillartuberkulose 144
Tonsillen 36
Torosan 610
Totenstarre, Intrauterine . . 261
Transplantation menschlicher Ovarien 589
Transsudat 134

Digitized by Google

	Seite
Triakol	50
Triferrin	547
Trikresol	549
Trisphenamin	160
Trockenmilch, Just-Hatmakersche	599
Tropakokain-Analgesie	582
Trygase	276
Trypsogen	330
Tuberculoalbumin	495
Tuberculocidin Te-Ce	495
Tuberculoprotein	495
Tuberkulin	568
Tuberkulin Beranek	659
Tuberkulin neu	563
Tuberkulinpräparate	435
Tuberkulose 53, 184, 185, 276, 349, 393, 426, 435, 453, 454, 468, 473, 477, 499, 527, 568, 569, 617, 641, 642, 652	
Tuberkulose, menschliche und tierische	185
Tuberkuloseantikörper	184
Turicin	157
Tuscon-Salbenpflaster	496
Typhlokolitis	520
Typhus abdominalis 186, 355, 386	
Typhus, Schutzimpfung gegen	349
Typhusdiagnose	186
Typhusdiagnostikum, Fickers	465
Typhusserum 218, 495	
Ulcus corneae	333
Ulcus cruris	557
Ulcus molle	317
Ulcus rodens	557
Ulcus ventricul.	109
Unguent. Argent. colloidal. Credé	162
Unguent. Formentoli	162
Unguent. plumbi Hebrae	158
Unguent. Sanitas	162
Unterbindung der Beckenvenen	592
Unterschenkelverkrümmungen, rhachitische	468
Unfallgesetzgebung 542, 543, 602	
Unfallneurosen 353, 473	
Urämie 177, 221	
Uraseptine	330
Uricedin 160, 657	
Urisolvin	50
Urobilinausscheidung	400
Urocitral	493
Urocol	51
Urogenitaltuberkulose	435
Urogosan	160
Urol	160
Uropherin benzoic.	51
Uropurin	51
Urotropin	164
Uterusblutungen 369, 531	
Uterusexstirpation, Vaginale	477
Uterushaltezange	590
Uteruskarzinom 477, 479, 500	
Uterusperforationen	534
Utrolene	330
Vaginalspekulum	313
Vaginismus	425
Vakzinekörperchen	436
Valvin	162
Vaporin	496
Vaporisation	147
Varicen	201
Variola, Zelleinschlüsse bei	207
Vasenol	162
Vasopolentum 162, 445	
Vegetationen, adenoide	324
Venenentzündung, crurale, appendikulären Ursprungs	639
Ventrifixation	426
Verätzung des Kehlkopfes	145
Veratrolum synthetic.	494
Veratrum viride	512
Verbandmaterial, Steriles	532
Verbrennungen 152, 415	
Vergiftungen, Therapie der	109
Veronal	332
Vesipyrin	330
Vestosol	494
Viferral 214, 631	
Vinum Coto-Pepsini	383
Vinum jodotum. phosph.	108
Vioform	494
Virol	383
Vomitus gravidarum	446
Vulneral	162
Vulnoplast	215
Vulva-Vaginalspreizer	590
Wärme, Lokale Anwendung d.	137
Wanderniere	418
Wassersucht, essentielle	177
Wehen	275
Wehenschwäche	480
Widalsche Reaktion	466
Wochenbettfieber	203
Wundbehandlung	254
Wundverband	254
Wurmfortsatz, chronische Entzündung	639
X-Strahlen	263
Xylol	631
Yohimbin	632
Zange, Anwendung der	592
Zange, hohe	147
Zeichen, physikalische	21
Zerebrospinalflüssigkeit	413
Zerreissung des M. quadriceps femor	257
Zestokausis	369
Zimmtsauere Salze	88
Zinkonal	492
Zinkperborat	650
Zinkperhydrol	274
Zonen, Headsche	515
Zuckerbestimmung	620
Zuckerausscheidung 13, 620	
Zuckerklysmen	278
Zuckermengen, kleine, im Urin	458
Zyklodialyse	94
Zymoidin	574
Zymphen	272
Zystitis	316
Zystitis, postoperative	426

Digitized by Google

Autoren-Verzeichnis.

	Seite
Abée	473
Abramoff	548
Adler und Javal	520
Ahlfeld	480
Aldor, v.	571
Alexejeff	245
Alexander und Ury	547
Allaria	413
Alt	525
Amberger	88
Amende	317
Anderson	245
Angelillo	347
Apert	619
Apolant	53
Arends	447
Arlt, v.	492, 528, 614
Armstrong	419
Arnaud	574
Arnemann	214
Arnheim	13
Arnold	503
Arnsperger	88
Aronheim	525
Aschoff	639
Aßmann	278, 458
Aubertin	626
Auerbach und Barschall	224
Aufschnaiter, v.	578
Aurness	21
Austin	78
Babes und Panea	42
Bade	541
Bäcker	165
Baermann	153
Baglioni	653
Baldassari und Minerlei	568
Ball	139
Ballantyne	315
Ballenger	595
Bar	34
Barbieri und Paoli	213
Barbulescu	222
Bardenhener und Graeßner	335
Barlocco	482
Barnes-Washington	376
Barot	460
Baroux d'Armentière	276
Barr	452
Barstow	514
Basile	355
Bastogi	86
Baum	585
Baumann	643
Baumstark	571
Bayer	258
Beck	487
Becker	400, 528
Becks	224
Beer A.	535
Beermann	46
Beisch	147
Benedix und Schittenhelm	347
Benfey und Stadelmann	386
Berent	424, 586
Bergell und Bickel	417
Bergen-Ogden	78
Berger	191
Bergmann	568
Bergonignan	626
Berlioz	386
Bernard	247
Bernhardt	487
Berninger	354
Berti	400
Besson	279
Bettac	410
Beyerhans	611
Bézack	360
Biagi	139
Bibus	493
Bickel	405, 514
Bickel und Bergell	417
Bieberfeld	102
Biedert	111
Bier	360
Bierbach	112
Billroth und Winiwarter	560
Binnie	410
Biondi	418
Birnbaum	435
Blanc	275
Blaschko	598
Blau	477
Bloch	378
Blümel	568
Blum	113
Blumberg	590
Blumenthal	56
Boas	194, 418
Bodenstein	328
Boeninghaus	588
Bogdanik	644
Boggs	263
Boissard	78
Boltenstein, v.	612
Bondi und Rudinger	620
Bondi und Simonelli	42
Bonduel	468
Bonsdorff, v.	312
Bontin	355
Borle	197
Borini	47
Bottomley	88
Bouma und Sellhorst	221
Bourget und Viette	446
Bovis, de	88
Boyd und Robertson	416
Bradfort und Szymom	276
Brakebusch	493
Bramwell	52
Branson und Dimmock	347
Braun	102, 253
Brewer	23
Brezina und Lazar	599
Brinckmann	383
Brings	501
Brinitzer	649
Broca	257
Brook	268
Brooks	399
Bruck	538
Brüning	659
Brütting	139
Brytschoff	557
Bucura	94
Büdinger	641
Büttner	202
Bum	533
Bumann	661
Bunge	534
Bunting	399
Burkhardt	152
Burnet	216, 458
Burns	263
Burwinkel	176
Burzagli	154
Busck	97
Buschke	96

Digitized by Google

Seite

Buschke und Fischer . 319, 486
Busse 590
Buxbaum 57
Buzi 528

Caic 35
Cammidge 249
Campe 349
Cantonnet 650
Carducci 177
Carmichael 538
Carron de la Carrière . . . 388
Casper 78
Castellini 400
Castiglioni 403
Cavazzani 413
Ceconi und Fornaca . . . 129
Chase 405
Chatin und Jeanselme . . . 97
Cheintziss 534
Chéridjian 410
Christin 482
Chierici 652
Claisse 619
Clément 345
Cohn G. 424
Cohn E. 252
Colombié 620
Colombo 191
Combe 56
Concetti 155
Conrath 164
Conti und Rossi 186
Cooper 186
Constantini 349
Couch 345
Couched 435
Courcelle 355
Courcoux 78
Courvi 263
Cramer 52, 375, 589
Credé 428
Cremer 279
Cronqvist 266
Csillag 647
Cube und Kiolemenoglou . . 42
Curram 37
Curschmann 36
Curti 259

Dänitz 528
Dalimier 360
Daumann 366

Seite

Daniel 92, 177
Danielsen 103, 143
Danio 357
Danio und Massalongo . . . 633
Darrier 38
Datta 631
Debono 386
Debove 347
Deetz 528
Delius 650
Demaillasson 355
Demelin 29, 592
Descoeudres 197
Determann 192
Deutschländer 417
Dicker 556
Dietze 360
Dieulafoy 520
Dimmock und Branson . . . 347
Dohan 415
Dombrowski 500
Domenico 374
Donovan 324
Dornblüth 279
Doutrelepont und Grouven . 535
Dowd 419
Dreyer 97
Drinhausen 147
Droge 88
Dubreuil 30
Dudley 95
Dührssen 427, 481, 591
Dun 88
Dupont 468
Dupuy 298

Ebstein 56
Ebeling 631
Eckert 53
Eckstein 587
Edenhuizen 131
Edsall und Miller 18
Ehrmann 535
Eketorn 251
Elliot 177
Elsaesser 399
Elschnig 262
Elsner 23
Engel und Plaut 600
Engländer 315
Engländer und Krokiewicz . 386
Ernst 157

Seite

Esch 371
Eversmann 417
Eswald C. A. 449
Ewald K. 139, 310

Faber 571
Fabri und Hirsch 208
Fabry 220
Faust 427, 447
Feldbach 275
Felix 143
Fellner 344
Fellner und Rudinger . . . 344
Ferenczi 136
Ferguson 405
Ferreira 466
Fett 205
Fiellander 276
Fiessinger 514
Fiessinger und Huchard . . . 177
Figari 184
Fiorentini 466
Fischer M. 525
Fischer und Buschke 319
Fitz 419
Flatow 48
Fleischer 298
Flint 247
Foerster 662
Forchhammer 97
Forel 223
Forentinos 372
Formaca und Ceconi . . . 129
Foroler 594
Fraenkel C. 42
Fraenkel A. 512
Fraenkel M. 458
Frankenstein 425
Franz 583
Frauenthal 197
Freudenberg 429
Freund 432
Frey E. 158
Frey G. 588
Frey H. 387
Friedel 274
Friedemann 592
Friedenwald v. und Robinson 132
Friedländer 21
Fritsch 611
Fronin 18
Fromme 259

Digitized by Google

	Seite
Fuchs A.	190
Fürbringer	78
Fürstner	473
Füth	419
Gallenga	358
Galli	355
Gallia	652
Ganghofner	568
Garimond	499
Garlipp	51
Garrigne	345
Gasparini	184
Gatterie	211
Gaudiani	316
Gaupp	543
Gauß	427
Geijerstam	413
Gemuseus	104
Gerber	423
Gerhardt	514
Gersuny	205, 633
Ghedini	623
Ghisellini	403
Gierke	319
Gillet	540
Girardi und Schifone	249
Giuseppe di	134
Glaessner	620
Gluck	541
Gobbi	298
Gobiet	591
Gofferjé	384
Goldschmid	435
Goldschmidt	209
Gottlieb	156
Grad	29
Graeßner und Bardenheuer	335
Graser	254
Greß	78
Gresson	468
Grödel Th. und F.	512
Groß	526, 633
Grosz	597
Grünwald	177
Gütich	197
Gullon	626
Gundorow	153
Guradze	600
Gutbrod	531
Guth	417
Guthrie	13
Gutler	132
Haberer v.	626
Hagen	53, 360, 405
Hager	619
Haink	654
Halberstädter	486
Halipré	177
Hallopeau und Vielliard	39
Hamburger	567
Hamill und Bontillier	21
Hanley	206
Harnack	467
Hartenberg	613
Hartmann	349, 425
Hasslauer	589
Haudek	447, 468
Havet E.	468
Hawkins	419
Hayes	405
Hedinger	430
Hedmann	484
Hehl	534
Herff v.	373, 479, 533
Heinatz	557
Heine	93
Heineke und Läwen	102
Heinsheimer	515
Henrick	48
Herxheimer und Opificius	319
Heubner	177
Heumann	630
Herves	571
Herxheimer	650
Herz	634
Hill	574
Himmelsbach	324
Hirsch F.	151
Hirsch Fr.	197
Hirsch G.	501
Hirsch und Fabri	208
Hirschberg	137
Hirtz	334, 550
Hoch	206
Hocheisen	593
Hochenegg	88
Hochheim	394
Hoerschmann	533
Hoffa	197, 375, 387
Hoffmann E.	39, 319
Hoffmann W.	498
Hoffmann und Beer	535
Hofmeier	223, 532
Holitscher	454
Holländer	212, 477
Holmström	349
Hornus	460
Horrocks	371
Hotys	274
Hotys und Winterberg	278
Hotz	276
Hovorka v.	541
Huchard	18, 164, 345, 468, 477, 639
Huchard und Fießinger	177
Hübner	136
Hüttenbach	135
Ide	337
Infante und Mazetti	135
Ingegnati	177
Ingetraus	620
Ivelandea	206
Jacobsohn	148
Jacoby	326, 531
Jacqueau	345
Jagić	577
Jakoby	150
Jancke	635
Jansen und Jensen	97
Javal und Adler	520
Jeanselme und Chatin	97
Jehle	88
Jellinek S.	611
Jensen und Jansen	97
Johns	301
Jolly	479
Jones	154, 414
Jordan	492
Joseph	586
Jürgensen	163
Juht	306
Jules, Roger, Voisin u. Novero	357
Jung	426
Juy	626
Kahler	35
Kahn	162
Kapesser	617
Karewski	169
Karfunkel	391
Karlinski	557
Karsch-Haak	504
Kast	515
Kathen	599
Kaube	48

Digitized by Google

Seite

Kaufmann 252
Kausch 13
Kehr 663
Kehrer 480
Kelen 146
Kelly 316
Kempen 86
Kétly v. 466
Khautz v. 139
Kieseritzky 588
Kiolemenoglou und Cube . . 42
Kirchner 38
Kirkovic 47
Klapp 472
Klar 353
Klaußner 139, 223, 635
Klautsch 436
Klebs 612
Klemperer L. 561
Klemperer J. 168
Kobert 111
Koch L. 553
Koellreutter 145
König 360
Körner 13
Kolle und Wassermann . . . 349
Kollier 413
Koljago 334
Konindjy 528
Konjetzny 473
Koplik 21
Kornfeld 392
Kossel 185
Koster 662
Koßmann 313
Kowalewski 319
Kraus A. 151
Kraus F. 1
Krause 30, 52
Krausz 368
Krehl 445
Kreibich 206, 431
Kreuzfuchs 655
Kroemer 260
Krogius 366
Krokiewicz und Engländer . 386
Kromayer 318
Krüche 112
Krüger 568
Kühn 559
Kugel 582
Kutner 149

Seite

Kuttner 88, 133
Kwisda 222

Labbe 13
Labhardt 261, 333
Labougle 548
Lafitte 13
Lagleize 275
Lanceraux 13
Landau 146
Landolfi 349
Landsberg 358
Lane 139
Lange 378, 468
Laporte 355
Laqueur 97, 138
Lartigau 249
Lassance 13
Laub 587
Laurent 143
Lautaret 611
Lauterborn 224
Lazar und Brezina 599
Le Bihan 468
Lears 132
Lechziner 211
Ledoux 360
Lefèvre 660
Leguen 483
Lengefeld 318
Lennè 458
Leo 514, 527
Leontieff 639
Leopold 373
Lépine 615, 620, 663
Lesné und Gaudeau 136
Lesser 97
Leube, v. 78
Leuwer 423
Lévi 619
Levers Leuven 525
Lewin 387
Lewis 650
Lexer 417
Lichtenberg und Völcker 37, 503, 594
Lichtenstein 78, 426
Liefschütz 221
Liepmann 480
Litschitz 39
Lilienthal 607
Lindemann 13, 214

Seite

Livierato 129, 345, 453
Lochner 644
Loete 349
Löwenbein 7, 70
Loghem, van 347
Lohmann 654
Long 460
Longyear 418
Loomis 301
Lorenz A. 257
Lotheissen 577
Lucas-Championnière 88
Luda 387
Lüders 279
Lütkens 626
Luzza 632

Maack 334
Maaß 550
Mackenzie 176
Mackh 631
Macmillan 331
Madsen 306
Maget 660
Mangelsdorf 213
Mannsell und Pringle . . . 360
Mansell-Moulin 132
Maragliano 249, 254
Marchi 375
Marcus 353
Marfan 13
Marini 410
Marique 540
Marpmann 349
Martin 468
Marton 419
Mason 252
Massalongo 357
Massalongo und Zambelli 357, 453
Massalongo und Danio . . . 633
Mastri, de 349
Mathews und Mc. Guigan . 298
Mathieu und Roux 18
Matthes 78
Matti 194, 259
Mauban 13
Mayer A. 99
Maygrier 92
Mayo Robson 472
Mazetti und Infante 135
Mazzitelli 632

Digitized by Google

	Seite
Mc. Cullagh	309
Mc. Guigan und Mathews	298
Meiner	78
Meissner	623
Meltzer	165
Melzi	412, 425
Mendel	388
Mendl	177
Menzel	312
Mery	436
Merzbach	654
Meschtscherski	500
Mettenheimer	323
Metzlar	557
Meurier	203
Meyer	498
Meyer A.	476
Meyer F.	545
Meyer H.	520
Meyer L. F.	456
Meyer-Ruegg	203
Michel	460
Migliacci	349
Miklaszewski	138
Miller und Edsall	18
Misch	492
Miserocchi	487
Mohilla	332
Mohr	139, 309
Moindrot	30
Molina-Castilla	211
Moll	18, 369
Montgomery	39
Moor	131
Moosbrugger	464
Morawitz	191
Morri	531
Morton	29
Moscucci	298
Moser	52, 445
Mosetig Morhof, v.	468
Moß	333
Mraček	335
Muck	35
Mueller A.	315
Müller Achilles und Respinger	2
Müller B.	204
Müller E.	190
Mulzer	42
Munk	574
Murawsky	137
Murray	473
Musser	111
Nagayo	131
Nagel	410
Neisser A.	433
Neu	652
Neuburger	663
Neujean	55, 377
Neumann	571, 585
Neumann O.	630
Nicolas	456
Nicolini	410
Niederhäusern v.	360
Nigout	247
Noeggerath und Staehelin	42
Noguera	213
Nonne	602
Noorden v. und Schliep	18
Norris	567
Novak	78
Novero, Jules, Roger u. Voisin	357
Oerum	662
O'Malley	367
Ochsner	194
Oddo	201
Oefele v.	253
Oerum	189
Oettingen v.	498
Onodi und Rosenberg	615
Opificius und Herxheimer	319
Opitz	360
Ortali	186
Ostermann	644
Owen	539
Pacchioni	653
Panea und Babes	42
Paoli und de Barbieri	203
Papillon und Eschbach	274
Paquet	78
Pascault	347
Passier	410
Paton	577
Paulia	263
Pellegrini	404
Perlia	149
Pernossy	435
Perry	150
Pesci	245, 512
Petersen	222
Peukert	360
Pfahler und Thrush	403
Pfalz	428
Pförtner	185
Philipps	660
Pick	145
Pick J.	276
Pickardt	165
Pieri	414
Pièrre	184
Pincussohn	306, 515
Pinkus	369
Pinna	487
Pirokowski	494
Piy Suñer	460
Plaut und Engel	600
Plavec	491
Playette	25
Poland	592
Polenski	224
Polland	39
Pollio	648
Port	438
Poynton	155
Preindlsberger	360
Pretsch	428
Preyer	166
Pringle und Mannsell	360
Proud	643
Prowazek	224
Prüsmann	590
Prym	36
Pudor	448
Pujol	247
Puyhaubert	37
Quenu und Duval	257
Rasch	392
Raseach	224
Ratzeburg	343
Rauchwerger	13
Reclus	201
Reich	576
Reicher	493
Reischauer	42
Reitsch	494
Reitter	245, 410
Remlinger	343
Rennert	144
Rénon	184, 213, 569
Répin	400
Respinger und Müller	52
Rheinboldt	460
Ricci	21
Richardson	249, 571

Digitized by Google

Seite

Richartz 460
Richter 177, 308, 368
Riedel 637
Riederle 629
Riedinger 574
Riehl 647
Rieß 224, 660
Rille 42
Rille und Vockerodt 45
Ring 377
Ritter 637
Rivalta 134
Rivière 88
Robbers 370
Robert 414
Robertson und Boyd 416
Robin 201, 405, 514
Robin und Binet 454
Robinson und v. Friedenwald 132
Rodari 53
Rodling 53
Roeder 360
Roehl 18
Römer 504
Röpke 158
Röthlisberger 623
Roith 360
Rolshoven 303
Rosenbaum 99
Rosenberg 272, 605, 620
Rosenberg und Onodi 615
Rosenberger 52
Rosenfeld 601
Rosengart 343
Rosenheim 520
Rosin 454
Roß und Wright 78
Rossi de 186
Rossi und Conti 186
Roth 277
Rothschild, de 619
Rowell 324
Royster 360
Rudinger und Bondi 620
Rudinger und Fellner 344
Rudolph 144
Rühl 261, 534
Rumpf 639
Runge E. 369
Runge W. 225, 281
Rutkowski v. 419
Ruppaner 371

Seite

Saalfeld 494
Sachs Th. 607
Sachse 103
Sakorraphos 410
Sakurane 431
Salamon 78
Salge 546
Samuely 571
Sarason 137
Saß v. 467
Sattas 13
Schaefer 392
Schaps 78
Scheib 92
Scherk 623
Scheuermann 30
Schickele 371
Schirmer 274
Schilling . . 224, 410, 567, 635
Schindler und Siebert . . . 485
Schittenhelm und Benedix . 347
Schlasberg 263, 483
Schlesinger 432
Schlesinger E. 387
Schliep und v. Noorden . . 18
Schlimpert 535
Schmidt A. 157, 532
Schmidt E. 103
Schmidt Th. 33
Schmitz 390
Schneider 309
Schnorf 111
Schopohl 193
Schrumpf 207
Schubert 582
Schücking 478
Schüller 315
Schürmeyer 637
Schütz 391
Schuler 386
Schulhof 413, 468
Schultz 263
Schulz Fr. 265
Schur 347
Schwab 479
Schwarz E. 505
Schwarz K. 582
Schwartz 95
Schwyzer 129
Seelig 13
Seibel 13
Seifert 332, 649

Seite

Seigneux de 260
Sellheim 260
Sellhorst und Bouma 221
Senator 78, 405, 476
Serrès 468
Seyffert 144, 313
Seyler 268
Seymour und Bradfort . . . 276
Shattuck 177
Shuttleworth 33
Sicherer 148
Sick 456
Siebert 317
Sievers 453
Siesel 203
Signorelli 632
Sikow 500
Silberstein 370
Simon 13, 138
Simonelli und Bondi 42
Sinclair 426
Sippel 591
Sißman 194
Sittler 599
Sivedey 33
Sklodowski 525
Smith 164
Smithwick 456
Smoler 419
Sobernheim 47
Sommer 261, 476
Souhet 268
Southworth 18
Spill 333
Spire 332
Spitzmüller 355
Spratling 357
Stadelmann und Benfey . . 386
Stähelin 623
Stachelin und Noeggerath . . 42
Stahr 642
Stannes 478
Stanton 88
Steele 465
Stegmann 417
Steinbüchel, v. 205
Steinsberg 176, 415
Stengel 452
Stengel 78
Stephens 636
Stern C. 209
Stern H. 345, 520

Digitized by Google

	Seite
Sternberg	620, 634
Stewart	478
Still	154
Stirnimann	25
Stocker	145
Streikel	313
Stöltzner	526
Stolper	353
Straßburg	430
Straßer und Blumenkranz	307
Stratz	560
Strauß	487
Strauß H.	271
Strelkow	558
Strübing	567
Stuhl	374
Sturmdorf	418
Süpfle	436
Sutherland	210
Svehla	324
Swinburne	595
Talma	595
Tamer	29
Tauber	387
Tavel	254
Taylor	139
Tedeschi	177, 309
Tenholt	399
Teissier	78, 177
Terrien	539
Teschemacher	309
Thalwitzer	632
Thanisch	145
Thermann	13
Thesina	42
Thiem	542
Thies	481
Thilo	540
Thirion	468
Thode	78
Thomson	210
Thursfield	342
Tièche	649
Török	448
Toff	328, 547, 612
Tosatti	298
Trautenroth	503
Triglia und Mazzuoli	349
Trimble	131
Tschernow	25
Tuffier	150, 360
Turán	313, 532
Turkai	147
Tuszkai	591
Tuttle	465
Uffenheimer	544, 545
Uffenrode	313
Ulrici	453
Umber und Brugsch	515
Urata	334
Uspenski	460
Varvaro	582
Veiel	598
Veit	205
Velich	512
Vielliard und Hallopeau	39
Viett	499
Viette und Bourget	446
Vignola	267
Vockerodt und Rille	42
Völcker und Lichtenberg	37, 500, 594
Vörner	206, 485
Vogelsanger	309
Volsen	660
Vorth, zur	360
Vulpius	143, 530, 546
Walz	377
Wanscher	97
Wassermann und Kolle	349
Weber	310
Weigert	177
Weismann	249
Weiß A.	403
Weisselberg	514
Wentworth	46
Werner	643
Weyer und Wybauw	639
Weygandt	212
Whitacre	360
White	247
Widal	177
Wienskowitz	314
Wiesner	164
Willem	186
Williams	643
Wilms	368
Wilson	479, 530
Winckelmann	301
Winiwarter und Billroth	560
Winterberg und Hotys	278
Winternitz	27, 263
Winters	267
Witthauer	214, 426
Wölfler	311
Wolfberg	94
Wolff-Eisner	335
Wright und Roß	78
Würtz	266
Wyder	147
Zambelli	177, 357
Zambelli und Massalongo	357
Zeissl, v.	96
Zelenski	378
Zickgraf	312
Ziegler	456
Zironi	626
Zuccóla	400
Zuckerkandl	644
Zweifel	93, 203

Digitized by Google

Pränumerations-Einladung.

Das „ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE THERAPIE“ erscheint in Heften im Umfange von 3½ bis 4 Bogen (56 bis 64 Seiten) Lexikonformat am 1. eines jeden Monats.

Abonnementspreis mit direkter Postzustellung für Oesterreich-Ungarn: ganzjährig K 12, halbjährig K 6; für das Deutsche Reich: ganzjährig Mk. 12, halbjährig Mk. 6; für das Ausland: ganzjährig Frks. 16.

Hochachtungsvoll

MORITZ PERLES
k. k. Hofbuchhandlung
Wien, I. Seilergasse 4.

für das Deutsche Reich:
OSCAR COBLENTZ
Verlagsbuchhandlung
Berlin W/30, Maasenstraße 13.

Verlag von **Moritz Perles**, k. u. k. Hofbuchhandlung, Wien, I. Seilergasse 4.

Soeben erschienen:

Medizinal-Kalender

Taschenbuch für Zivilärzte

XLIX. Jahrgang. 1907. Begründet von Dr. **L. Wittelshöfer.**

Herausgegeben von **Dr. Heinrich Adler**
- Redakteur der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“. -

INHALT: Kalendarium. Radium und Radioaktivität. Von Prof. Dr. SCHIFF. Verzeichnis der Medikamente. Unzweckmäßige Arzneimischungen. Aus den Verordnungen zur Arzneitaxe. Erste Hilfe, Rezeptformeln und therapeutische Winke. Mittel zur subkutanen Injektion. Löslichkeitstabelle. Tropfentabelle. Medizinische Bäder. Zeitrechnung der Schwangerschaft. Zeichen der Gravidität. Beckenmessung. Altersbestimmung der Frucht. Gewichts- und Längenzunahme im ersten Lebensjahre. Normale Dentition. Gerätschaften. Anleitung zur Brillenwahl. Von Dozent Dr. TOPOLANSKI. Sehproben. Symptome und Behandlung der akuten Vergiftungen: *A.* Allgemeine Symptomatologie. Von Prof. Dr. KOBERT. *B.* Spezielle Symptomatologie. Von Prof. Dr. PASCHKIS. Anleitung zur Harnanalyse. Die wichtigsten Heilquellen und Kurorte; Anhang: Wasserheilanstalten. Standes-Ordnung der Wiener Aerztekammer. Personalien der Aerztekammern. Das Heil- und Medizinalwesen in Wien. Verzeichnis der Todesursachen. Verzeichnis der in Wien wohnhaften Aerzte. Verzeichnis der Wiener Apotheken. Tagebuch.

☆☆ Preis K 3.20. ☆☆

.. .. Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 30. .. ..

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten

Briefe an einen „jungen Arzt“
von
Dr. med. H. Neumann
Privatdozent an der Universität
.. .. in Berlin. .. ..

Preis brosch. Mk. 9·—, in Halbfranz gebund. Mk. 10·50. — Fünfte Auflage.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 8 1907
LIBRARY

9611

Ueber gastrische Symptome bei chronischer Stuhlverstopfung.

Klinische Vorlesung von **F. Kraus** in Berlin.

Meine Herren! An einer ganzen Reihe von Patienten unserer Poliklinik und Klinik haben Sie soeben die bei habituellen Stuhlträgheit seitens des Darmes selbst auftretenden Krankheitserscheinungen genau kennen gelernt. Es findet sich aber bei der chronischen Stuhlverstopfung noch ein Heer von „komplizierenden" Affektionen, welche ein großes praktisches Interesse besitzen, teils deshalb, weil sie unser diagnostisches Interesse öfter in eine völlig falsche Richtung abzulenken geeignet sind, teils weil sie, nicht selten im Mittelpunkt des subjektiven Krankheitsbildes stehend, bei richtiger Behandlung der habituellen Stuhlträgheit mit verschwinden oder gebessert werden.

Diese komplizierenden Affektionen betreffen den Magen, das Nervensystem, den Zirkulationsapparat, die uropoetischen Organe. Nur mit der Dyspepsie im allgemeinen und mit direkten gastrischen Symptomen, bezw. mit der Hyperaziditität im Gefolge von Darmerkrankungen wollen wir uns heute spezieller beschäftigen.

Vor allem möchte ich Sie, meine Herren, nochmals daran erinnern, daß Sie bei der Diagnose der habituellen Stuhlträgheit das Hauptgewicht auf ihre wichtigste Folge, die Stagnation der Kotmassen, legen sollen. Sie haben in der Klinik Methoden der Funktionsprüfung des Darmes, bezw. exakte Untersuchungsmethoden der Stühle kennen gelernt, welche Sie nicht ohneweiters, wenn Sie nicht gerade über spezielle einschlägige Kenntnisse und die Mittel eines Laboratoriums, bezw. einer Privatklinik verfügen, in Ihrer Praxis werden anwenden können. Aber auch abgesehen von diesem gelehrten Rüstzeug, wird Ihnen die fortgesetzte, noch so einfache Untersuchung der Stühle und die Beobachtung der Defäkation, sowie die Palpation des Bauches Ihrer Patienten immer ausreichende Anhaltspunkte zur Feststellung der Koprostase an die Hand geben. Rufen Sie sich nur, meine Herren, ins Gedächtnis zurück, was Sie in Betreff der Form der Kotmassen bei der spastischen Konstipation (wir verdanken die genaue Charakteristik derselben Fleiner: teils kleinkalibrig-kugelig, teils, und zwar zumeist, zylindrisch rund in Form von kürzeren oder längeren Stäbchen, nicht dicker als der Kleinfinger, oft bloß „bleistift"-dick) und bei der atonischen Stuhlverstopfung (nach der Schilderung des in allen Fragen der habituellen Stuhlträgheit hochverdienten W. Ebstein: trockene, zylinderförmige oder kugelige, oder klumpige oder bröcklige Kotmassen von tief dunkelbrauner, „verbrannter" Farbe, ausnahmsweise jedoch auch „weiß" tingiert; bröckel- und schafkotartige Kotballen sind meist Teile größerer brüchiger Knollen. An der Oberfläche der Darmentleerungen oder gemischt mit denselben reichliche schleimige Massen in Form von fädigen, fetzigen oder häutigen Umhüllungen, bisweilen selbst von Hohlgebilden) hier gesehen haben. Und bei der Palpation des Abdomens berücksichtigen Sie vor allem das Cökum und die Fexuren des Dickdarmes, und übersehen Sie weder atonisch erschlaffte, noch versteifte Anteile. Eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung besitzen ferner auch die häufig wiederkehrenden, langanhaltenden Koliken, welche die Darmverdauung begleiten. Wenigstens in

Digitized by Google

manchen Fällen werden Sie endlich, meine Herren, auch das ätiologische Moment festzustellen in der Lage sein („Verengerung" des Anus durch Varices, Retroflexio uteri, Anomalien der Lage des Intestinum crossum, atrophierte muskuläre Bauchpresse, Hängebauch, Darmkatarrh); freilich, gerade die verminderte Leistungsfähigkeit des Darmes selbst müssen Sie sehr oft bloß indirekt erschließen. Lassen Sie sich, meine Herren, nicht täuschen durch negativ lautende Anamnesen! Besonders von Weibern, deren Bauchpresse langsam durch wiederholte Graviditäten zugrunde gegangen, und von korpulenten Individuen, welche noch immer täglich verhältnismäßig große Stühle aufweisen, hören Sie oft keine ausdrücklichen Klagen über Konstipation. Aber eine kontinuierliche und sorgfältige Kontrolle der Stuhlentleerungen selbst beweist Ihnen dann bald das bestehende Mißverhältnis zwischen Stuhl und recht gewöhnlich überreichlicher Nahrungszufuhr. Ebensowenig dürfen Sie die nicht so selten hartnäckigen Durchfälle irreführen, welche gerade durch die Koprostase verursacht sind! Nur wenn Sie sich, meine Herren, um die Stuhlentleerung jedes Ihrer Kranken bekümmern, so wie Sie ja in jedem Einzelfalle den Harn untersuchen, wird Ihnen kein Fall von Koprostase entgehen!

Wenn nun Individuen, bei denen Sie sich, meine Herren, auf Grund der vorstehend geschilderten Zeichen überzeugt haben, daß die habituelle Stuhlträgheit zur Stagnation der Kotmassen, zur (chronischen) Koprostase (bezw. eventuell zu Diarrhöen) geführt hat, dyspeptische und direkte gastrische Symptome aufweisen, so ist zunächst die Frage nach der Art des Zusammenhanges diagnostisch zu lösen. Es kann doch auch die primär gestörte Magenfunktion auf den Darm wirken; oder es könnten Störungen der Magen- und der Darmtätigkeit koordinierte, durch ein beide gleichzeitig bedingendes pathologisches Moment verursachte Faktoren sein.

Die für einschlägige diagnostische Erwägungen maßgebenden allgemein-pathologischen Vorstellungen, sowie bestimmte grundlegende klinische Beobachtungen verdanken wir Trousseau, Ebstein, v. Leube, Sonnenburg und Knud Faber. Das Wort Dyspepsie, von πέσσω, πέπτω: erweichen, verdauen, hat einen doppelten Sinn: einen weiteren klinisch-symptomatischen und einen engeren, physiologischen. Der klinische Begriff, welcher sehr verschiedene Digestionsstörungen, z. B. Inappetenz, Anorexie, Nausea, Pyrosis, Kardialgie, Ruktus, Erbrechen etc. zusammenfaßte, ist der ältere. Da in der ganzen älteren Zeit bekanntlich der Magen als das eigentlich verdauende Organ galt, ist ursprünglich auch die Dyspepsie im weitesten Wortsinn ohne Einschränkung auf den Magen selbst bezogen worden. Trousseau scheint der Erste gewesen zu sein, welcher betont hat, daß auch Leiden anderer Organe Dyspepsie im klinisch-symptomatischen Sinne bewirken können. Er spricht von „idiopathischen" und symptomatischen" (sympathischen") Dyspepsien, welch letztere auf Darm, Leber, Nieren, Uterus und andere Organe bezogen werden. Daß dieser klinische Dyspepsiebegriff mit seinem großen Umfang aber viel Unsicheres enthält, liegt auf der Hand. Es gehört zu den alltäglichen Erfahrungen in der Praxis, daß beim Entstehen eines Neoplasmas irgendwo im oberen Bauchraume mit der vorläufigen Diagnose „Dyspepsie" kostbare Zeit verloren wird. Mehr als begreiflich ist deshalb die Begeisterung, mit welcher die Aerzte sich auf die durch die Magensonde ermöglichte physiologische Vertiefung unserer Kenntnisse betreffend die Funktionsstörungen des Magens geworfen haben. v. Leube war es, der den Begriff Dyspepsie als gestörte Digestionsfähigkeit des Magens in allen möglichen Richtungen (Sekretion, Motilität, Resorption, Sensibilität) definierte. Wenn dieser physiologische und der ältere rein klinische Standpunkt sich nicht völlig, auch nicht einmal bezüglich direkter Magenaffektionen, deckt, wenn z. B. absolute Sekretionsstörungen, wie die Achylie, ohne alle subjektiven Symptome, welche die Dyspepsie

Digitized by Google

im klinischen Sinne charakterisieren, verlaufen können, tut dies einer Präzisierung, die uns exakte funktionelle Maßstäbe verschafft, keinen Eintrag. Größere Schwierigkeiten jedoch erwuchsen der physiologischen Betrachtungsweise, als man, ganz konsequent, auch die von anderen Organen abhängigen dyspeptischen Beschwerden ihres rein symptomatischen Charakters entkleiden wollte. So ließ Nothnagel eine neue Begriffskonzeption unter dem Namen „Darmdyspepsie" alle Abweichungen von dem normalen Verdauungsmechanismus des Darmtraktus umfassen. Da er aber nicht imstande war, methodisch dieses komplizierte physiologische Syndrom ausreichend zu analysieren, so entspricht seine Darmdyspepsie auch durchaus keinem abgegrenzten Krankheitsbilde. Die ganze Konzeption ist ein bloßer Analogieversuch. Nicht besser steht es um ähnliche, von anderen Autoren aufgestellte, z. B. das Pankreas betreffende Syndrome. Es bleibt deshalb vorläufig kaum etwas anderes übrig, als wenigstens teilweise noch das Wort Dyspepsie in seiner weiteren, rein symptomatischen Bedeutung und im Zusammenhange mit Erkrankungen auch anderer Organe als des Magens beizubehalten. Die „Obstipationsdyspepsie" (Knud Faber) würde somit zunächst alle dyspeptischen Störungen im älteren, rein klinischen Sinne, deren Ursache in dem pathologischen Zustand des Darmkanals und nicht des Magens zu suchen ist, besonders aber auch spezielle Abweichungen der Digestionsfähigkeit des Magens in sämtlichen oben erwähnten Richtungen umfassen. Wenn z. B. Trousseau angibt, daß ungefähr die Hälfte aller Fälle von Dyspepsie sowohl bei älteren Individuen als auch bei jungen Leuten in Wirklichkeit auf Erkrankungen des Kolons zurückzuführen sind, so meint er wohl die Gastralgie, die Anorexie etc. Wir aber müssen gegenwärtig doch wohl vor allem auf das Vorhandensein von speziellen gastrischen Sekretionsanomalien (Hyperazidität, alimentäre oder kontinuierliche gesteigerte Saftabsonderung) und Motilitätsstörungen (Atonie) prüfen. Inappetenz, Anorexie, Nausea, Ruktus, Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium etc. brauchen, wenn keine Funktionsstörung des Magens erweislich ist, durchaus nicht trotzdem als gastrisches Syndrom, etwa im Sinne einer „nervösen" Magendyspepsie, gedeutet zu werden. Aber eine genauere Erkenntnis aller Einzelheiten in Betreff der Leistungsfähigkeit des Dünndarmes, der Leber und des Pankreas unter diesen Bedingungen bleibt heute wohl in der Praxis sehr vorwiegend noch ein frommer Wunsch. Eher läßt sich rein quantitativ ein grobes Bild des Endresultats der im Darme sich im ganzen abspielenden sekretorischen, digestiven, fermentativen, absorptiven etc. Prozesse gewinnen. Mit den einschlägigen Bestrebungen von A. Schmidt, Straßburger und Strauß habe ich Sie, meine Herren, ja genügend vertraut gemacht. In der Praxis ist es die Hauptsache, daß sich im gegebenen Falle für alle dyspeptischen Symptome im Gefolge eines Darmleidens wenigstens der sekundäre Charakter auch wirklich wahrscheinlich machen läßt.

Außer der Kotstagnation im Zusammenhang mit habitueller Stuhlträgheit gibt es eine Anzahl anderweitiger intestinaler, beziehungsweise abdominaler Affektionen, deren ursächliche Beziehungen zur Dyspepsie im klinischen und physiologischen Sinne sich vielleicht leichter überblicken lassen. So haben Ewald und Sonnenburg darauf hingewiesen, daß nach der Operation in gewissen Fällen von chronischer Appendizitis auch die von Seite des Magens bestandenen Beschwerden verschwinden. Knud Faber, welcher neuerdings auf die von früher her bekannten dyspeptischen Symptome bei der Bandwurmkrankheit (Kardialgie, Nausea, Ruktus, Erbrechen, nagendes Hungergefühl) aufmerksam machte, die durch eine erfolgreiche Wurmkur beseitigt werden, fand in Fällen von Helminthiasis (Taenia saginata) teils normale Sekretionsverhältnisse des Magens, teils Hypersekretion, bezw. Hyperazidität. Auch diese letztere verschwindet mit dem Abtreiben des Parasiten. Ich selbst möchte, ebenso wie Riegel, auf eine wenig beachtete Ursache gastrischer Sekretionsstörungen Ihre besondere Auf-

Digitized by Google

merksamkeit lenken. In den Attacken der Cholelithiasis, nicht bloß in ausgeprägten solchen mit heftigem Erbrechen und Ikterus, sondern auch in den besonders zahlreichen Fällen, die sich als „Magenkrampf" darstellen, findet man öfter mehr oder weniger starke Hyperazidität, welche mit den übrigen Symptomen aufhört. Wie andere abdominelle Affektionen, die zu Erbrechen, Kardialgie etc. mit dem deutlichen Gepräge einer sekundären Störung führen, z. B. Darmverschluß, Nierenkolik, auf die digestiven Leistungen des Magens zurückwirken, darüber fehlen wenigstens ausgebreitetere Erfahrungen. Bei Hyperaemesis gravidarum hat E. Kehrer, der erst neulich das einschlägige klinische Material zusammengefaßt hat, öfter niedrige Aziditätsgrade festgestellt. H. Kisch hat zuerst bestimmter eine „Dyspepsia uterina" aufgestellt. Genaueres über die Beziehungen zwischen weiblichen Genitalien und Magen habe auch ich selbst, in meiner Grazer Zeit, zu ermitteln gesucht. A. Sommer, welcher die betreffenden Untersuchungen ausführte, fand in einem recht großen Prozentsatz der Fälle (meist Retroflexio uteri oder Parametritis chronica) hohe Säurewerte. Da jedoch die Hälfte der Weiber auch Splanchnoptose und Koprostase hatte, und da die Aufrichtung des retroflektierten Uterus, bezw. die Besserung des gynäkologischen Leidens keine eklatante Aenderung der gastrischen Sekretionsstörung im Gefolge hatte, sprachen wir uns sehr zurückhaltend aus. E. Kehrer, der über ein größeres Untersuchungsmaterial verfügt, kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, daß höchstens in einem Teile der Fälle von dyspeptischen Beschwerden (Inappetenz, Kardialgie etc.) bei gleichzeitigen genitalen Prozessen diese letzteren für jene verantwortlich gemacht werden könnten. Darüber, daß nach einigen (z. B. Elsner) auch der Menstruationsprozeß eine vorübergehende Hyperazidität erzeugen kann, habe ich keine eigene Erfahrung.

Was nun, meine Herren, die Koprostase selbst anlangt, so bin ich, wie gewiß viele meiner Kollegen, nicht so sehr durch die klinische, wie durch die Sprechstundenpraxis auf die Bedeutung der dyspeptischen Symptome im Krankheitsbild der habituellen Stuhlträgheit geführt worden. Störungen der Magentätigkeit bei Kotstagnation sind bereits Habershon bekannt gewesen und von ihm auf „imperfekt separation of secreta and congestion of the portal system" bezogen worden. v. Leube erwähnte ferner in seinen die „nervöse Dyspepsie" betreffenden Krankheitsgeschichten die Obstipation, beziehungsweise Obstipation abwechselnd mit Diarrhöen als integrierendes Symptom. Aber erst in den jüngsten Darstellungen von Ebstein, R. Schütz und Knud Faber findet man eine eingehendere Würdigung und Gruppierung von alltäglich in der Praxis zu machenden einschlägigen Beobachtungen.

Kasuistisch stellt sich die Sache gewöhnlich so dar, daß die intestinale Störung als solche nicht sehr hochgradig ist, daß z. B. die Obstipation mit Perioden „normaler" Stuhlentleerung oder besonders mit Diarrhöen abwechselt. Auch haben sich die Patienten seit Jahren an die Stuhlträgheit, die sie eventuell auf äußere Momente der Lebensführung ausschließlich zu beziehen geneigt sind, gewöhnt. Erst Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit, Nausea, Aufstoßen, Erbrechen, eventuell noch verbunden mit Gemütsdepression, Kopfschmerz und Schwindel, drängen sie, ärztliche Hilfe aufzusuchen, und von da ab wenden besonders die Kranken aus den bemittelten Volksklassen sehr oft viele Kuren (Schonungsdiät, Milch etc. etc.) deswegen an, die aber erst etwas nützen, wenn auch die Obstipation behoben wird. Es ist am besten, wenn ich Ihnen, meine Herren, einige einschlägige Fälle demonstriere.

Sie sehen hier zunächst eine etwa 25 Tage in unserer Beobachtung stehende 30jährige Frau, die rasch hintereinander 5 Kinder geboren hat. Sie ist gut genährt und nicht blutarm. Aber sie besitzt, wie Sie sofort sehen, einen Hängebauch, bezw. eine Diastase der Musculi recti. Patientin ist die Gattin eines wohlhabenden Fleischers, sie sitzt viel, indem sie im Geschäfte die Kasse verwaltet. Etwas reichlicher Genuß von Bier wird zugegeben. Seit der Verehelichung besteht eine (nicht über-

Digitized by Google

mäßige) Korpulenz: 88 kg Gewicht bei mittlerer Körperlänge. Die Kranke erzählt, daß sie schon seit dem zweiten Kinde an habitueller Stuhlträgheit leide. Dadurch sei aber, abgesehen von mäßiger Flatulenz, Eßlust und Allgemeinbefinden nie gestört worden. Habe sie einmal einen oder zwei Tage gar keine Stuhlentleerung gehabt, so nahm sie das von einem Arzte verordnete Rizinusöl; das komme aber nur selten vor. Manchmal ist der Stuhl „verbrannt", die Defäkation sei dann (wegen Hämorrhoiden) etwas schmerzhaft und ermüdend. Die Nahrungszufuhr war, dem Beruf und dem Appetit entsprechend, bis in die letzte Zeit reichlich. Vor zweieinhalb Jahren ein Bandwurm, der in einer hiesigen Poliklinik prompt abgetrieben wurde. Nie anhaltende Diarrhöen.

Erst seit einem Vierteljahr bestehen dyspeptische Beschwerden. Am meisten geplagt wird die Patientin von „Kardialgie". Es handelt sich dabei nicht bloß um Drücken, sondern um einen bald brennenden, bald sogar irradierenden Schmerz. Ob dieser Schmerz bloß bei gefülltem Magen sich einstellt, vermag die Patientin nicht zu entscheiden; jedenfalls verspürt sie niemals ein nagendes Hungergefühl, das bei Nahrungszufuhr nachläßt. Ganz sicher ist die Kardialgie im Anschluß an gewisse Mahlzeiten (reichliche fette Speisen) viel stärker geworden, und es tritt selbst auf der Höhe solcher Schmerzanfälle Uebelkeit und Erbrechen hinzu. Das Erbrechen ist übrigens selten; häufiger sind Ruktus. Wiederholt haben sich auch Perioden von Inappetenz eingestellt. Wenn der Stuhl gerade besonders träge ist, leidet die Kranke gelegentlich an dumpfen Kopfschmerzen und wird dann arbeitsunlustig. Ueber Schwindel hat sie nie zu klagen. Patientin selbst meinte, sie habe ein Magengeschwür; auch Kollegen haben die Möglichkeit des Vorhandenseins eines solchen zugegeben.

Bei der Abtastung des Bauches wurde uns die Kardialgie als solche durch die nachweislich starke Druckempfindlichkeit verschiedener Kolonabschnitte, vor allem des Querkolon, einigermaßen verdächtig. Bei der Füllung mit Luft erwies sich der Magen normal groß. Ebenso stellte sich bei Probefrühstück und Probemahlzeit keine Herabsetzung der Motilität heraus. Der zwölf Stunden nüchterne Magen (am Abend vorher keine Ausspülung) war fast leer. Aber die Sekretionsverhältnisse des Magens erwiesen sich in den ersten drei Tagen bei wiederholtem Probefrühstück und auch bei Probemahlzeit abnorm: wir konnten einigemale Hyperazidität nachweisen; nach P. F. Werte von über 55 für freie H Cl (Töpfers Verfahren), von über 90 für die Gesamtazidität (Titertion mit Phenolphthalein). Da eine mit Applikation von Kataplasmen und absoluter Milchdiät verbundene Ruhekur auf die Schmerzen keinen raschen ersichtlichen Einfluß hatte und die Flatulenz dabei nur zunahm, kehrten wir versuchsweise zu einer Diät zurück, wie wir sie bei Konstipirten zweckmäßig finden und ließen die Patientin erst Rizinus und nachher Rheum gebrauchen. Seit einer Woche wird der Bauch massiert und nachts eine Prießnitzpackung vorgenommen. Seit der Evakuation des Darmes sind nun sowohl die Schmerzen, wie auch die übrigen dyspeptischen Beschwerden ganz auffallend rasch zurückgegangen. Eine soeben wiederholte Probeverdauung (P. F.) ergab gewöhnliche Aziditätsverhältnisse.

Sie würden nun, meine Herren, fehlgehen, wenn Sie etwa in einem ähnlichen Falle die Sache bereits für entschieden hielten. Auch wir sind in dem unseren weit entfernt davon, uns bereits auf eine bestimmte Diagnose zu fixieren. Aber der eben mitgeteilte Fall gehört sicher zu denen, in welchen die Erwägung eines Zusammenhanges zwischen Kotstagnation und sekundärer Dyspepsie gerechtfertigt erscheint. In solchen Fällen müssen wir uns zunächst fragen, ob überhaupt die „Kardialgie" nicht etwa bloß eine scheinbare, bezw. in Wirklichkeit ein Dickdarmschmerz ist. Ebstein möchte diese Entscheidung danach treffen, daß bei durch die Konstipation bedingten Schmerzen diese erst einige Stunden nach der Mahlzeit entstehen, daß die Schmerzen mit dem Grade der Verstopfung schwanken, daß die Schmerzen öfter mit einem explosionsartig erfolgenden Durchfall, bezw. der Expulsion eines schleimigen Stuhles abschließen. Das sind gewiß wertvolle Winke. Indessen, wenn in solchen Fällen wirklich gastrische Sekretionsanomalien, wie z. B. Hyperazidität, vorkommen, so kann auch der Schmerz im Skrobikulus immerhin eine vom Darmleiden abhängige, aber gastrische Funktionsdarstellung darstellen! Ebstein fand in den von ihm darauf untersuchten Fällen Salzsäuregehalt und Verdauungsfähigkeit des Magens normal. Knud Faber gibt an, daß die Darmdyspepsie sich mit Hyperchlorhydrie verbinden kann und zitiert zwei einschlä-

Digitized by Google

gige Fälle. Ich selbst möchte auf Grund meiner Erfahrungen glauben, daß die Hyperazidität gar nicht so selten ist. Da das therapeutische Ziel in solchen Fällen ein täglicher, quantitativ ausreichender, spontaner Stuhl ist und dabei notwendig von der Schondiät rasch zu gröberer Kost übergegangen werden muß, so ist gerade in Fällen mit Hyperchlorhydrie und starker Kardialgie vor allem natürlich der Ulkusverdacht auszuschließen. Das geht nicht immer leicht. Ich selbst lege besonderen diagnostischen Wert auf wiederholt nachgewiesenen, noch so minimalen Blutgehalt im Ausgeheberten. Im hyperaziden Magen bei Konstipation darf Blut auch in Spuren nicht enthalten sein. Weniger verantwortungsvoll ist die Differentialdiagnose in Fällen, wo ein Ulkus nicht erst befürchtet zu werden braucht.

Ich habe früher gesagt, daß die Art des Zusammenhanges zwischen gestörter Magenfunktion und Konstipation eine verschiedene sein kann. Kaum brauche ich wohl nochmals zu betonen, daß auch ein Magenleiden auf den Darm wirken kann. Primäre Magenkrankheiten können ebensowohl chronische Diarrhöen, wie habituelle Stuhlverstopfung unterhalten. Die Charakteristik der einschlägigen Magenaffektionen ist jedoch eine verhältnismäßig nicht zu schwierige Aufgabe (Karzinom, Ulkus, Gastritis glandularis chronica). Nicht so leicht hingegen scheint mir die Abgrenzung der Fälle, in denen das pathologische Moment gleichzeitig Magen- und Darmtätigkeit trifft.

Sie sehen z. B. hier, meine Herren, einen 22jährigen Kaufmann. Er arbeitet viel im Comptoir sitzend. In der Knabenzeit war er „Lymphatiker" und hatte viele Halsentzündungen. Seit der Adoleszentenzeit ist er ein ausgeprägter „Vasomotoriker": er erschrickt, zittert, schwitzt leicht. Dabei hat er eine durchschnittliche Pulsfrequenz von 90; die geringste Körperanstrengung macht die Herzaktion stürmisch. Bei starker Muskelaktion versagt rasch der Kreislauf. Das Herz ist im übrigen normal. Nur finden wir, wenn der Patient zehn Kniebeugen gemacht, ein systolisches Geräusch in der Spitzengegend. Der Körperbau des Patienten ist vollständig normal, der Ernährungszustand nicht schlecht. Solange der Kranke sich zu erinnern weiß, besteht bei ihm Koprostase. Die Stühle, die er produziert, entsprechen der atonischen Form der Obstipation; die Palpation weist partielle Darmerschlaffung direkt nach. Bei besonders starker Verstopfung findet sich (sphygmomanometrisch geschätzt) ein verhältnismäßig hoher Blutdruck (100 im Areus volaris), der nach erfolgreichem Purgieren heruntergeht. Der Kranke hat zahlreiche dyspeptische Beschwerden. Nach jeder Mahlzeit werden Gesicht und Ohren heiß, der Bauch flatulent. Der Appetit ist überaus launisch. Häufig Aufstoßen, Druck im Skrobikulus. Stark vergrößert ist der Magen nicht, dagegen findet sich eine Insuffizenz ersten Grades mit hoher Gesamtazidität. Der nüchterne Magen (morgens und abends Ausspülung) enthält fast immer reichliche, manchmal etwas gallige, normal saure Flüssigkeit.

Ich würde mich in diesem Falle von motorischer Insuffizienz und Hypersekretion und in ähnlichen Fällen nicht getrauen, eine Magen- oder eine Darm-„Neurose" als das Primäre hinzustellen. Hier machen die Störungen der beiden Organe bei unbefangener Betrachtung den Eindruck der Kordination. Ganz ähnlich verhält es sich in den Fällen von „Splanchnoptose" bei Personen mit straffer Bauchwand und mit engbrüstigem Habitus. Auch bei solchen Individuen gehen gastrische neben intestinalen Symptomen einher. Es scheint mir aber von großer praktischer Wichtigkeit, daß gerade auch in diesen Fällen therapeutisch eine Regelung der Darmfunktion weitaus die Hauptaufgabe bildet!

Sie möchten nun, meine Herren, gewiß auch noch gern wissen, wie man in den Fällen, in denen wirklich Störungen im Darm sekundäre gastrische Symptome auslösen, die Pathogenese sich vorzustellen hat? Seit Habershon sind darüber verschiedene Ansichten ausgesprochen worden. Man hat besonders an eine intestinale Autitoxikose und an nervöse Reflexwirkung gedacht. Letztere Hypothese scheint die bevorzugte zu sein; nach den physiologischen Untersuchungen von Pawlow und Langley kann man sie sich auch ganz plausibel machen. Zu einer schulmäßigen Erörterung eignet sich der Gegenstand bisher kaum.

Endlich werden Sie mich, meine Herren,

Digitized by Google

vielleicht fragen, warum ich gerade die Besprechung der Therapie der Obstipation mit den vorstehenden Darlegungen unterbrochen habe? Nun, einfach deshalb, weil nirgends mehr wie hier die Diagnose die Voraussetzung der Therapie ist.

Was nämlich die Behandlung selbst betrifft, so gilt es hier, das Darmleiden zu heilen, bezw. die Koprostase zu beseitigen. Die Schwierigkeiten, mit denen wir dabei zu kämpfen haben, ergeben sich vor allem daraus, daß die dyspeptischen Konstipirten keine gröbere Kost vertragen, wie sie die Therapie der Verstopfung wünschenswert macht. Ich möchte Ihnen aber jedenfalls abraten, bei solchen Individuen unnötig lange eine Ulkuskur mit strenger Schondiät fortzusetzen. Einen weiteren großen Uebelstand bilden die fast regelmäßig wiederkehrenden Rezidiven. Nicht zu vernachlässigen endlich ist in fast allen diesen Fällen die Beeinflussung des ganzen Organismus.

(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien; Prim.: Dozent Dr. W. Knöpfelmacher.)

Ueber die durch Schutzpockenimpfung hervorgerufene Immunität.

Sammelreferat von Dr. **Leo Löwenbein.**

Im folgenden sollen die Ergebnisse jener Forschungen besprochen werden, welche sich auf den Zeitpunkt des Eintrittes und auf die Dauer der durch die Schutzpockenimpfung hervorgerufenen Immunität sowie auf die nach derselben im Blute auftretenden Antikörper beziehen.

Zeitpunkt des Eintrittes der Immunität.

A. Beim Menschen.

Die Frage, an welchem Tage nach einer stattgehabten Vakzination Immunität für eine neuerliche Infektion mit dem Vakzine- oder Variolavirus eintritt, ist schon vielfach untersucht worden.

a) Versuche durch Vakzination und nachträgliche Inokulation von Blatterneiter.

Sacco 1812 (zit. n. Bohn) inokulierte Vakzinierten an den der Vakzination folgenden Tagen Blatterneiter. Erfolgte die Inokulation 1—5 Tage nach vorgenommener Vakzination, so zeigte sich bei normalem Verlaufe, d. h. wenn die Kuhpocke sich schon am Ende des dritten Tages zu entwickeln begann, noch ein allgemeiner Blatternausbruch; inokulierte er am 6. oder 7. Tage nach der Impfung, so traten nur Lokalblattern, die jedoch rasch vertrockneten, ohne Allgemeinausschlag auf oder auch nur Entzündungen an der Stelle der Impfstiche. Die Inokulation am 8. bis 10. Tage rief nur geringe Veränderungen der Impfstiche, selten eine Blatter hervor; am 11. bis 13. Tage verlief die Inokulation reaktionslos, nur bei drei Kindern zeigte sich eine geringe Rötung der Impfstellen. Wenn jedoch die Entwicklung der Kuhpocken eine verzögerte war, so stellte sich auch die Immunität später ein.

Im Namen des Comité centrale de vaccine in Paris 1803 berichten Mongenot, Jadlot und Martin über folgende Versuche (zit. n. L. Pfeiffer): 1. Ein Kind wurde am 5. Tage nach der Vakzination mit Blatternlymphe inokuliert. Nach 6 Tagen traten vier Variolapusteln auf, die, auf ein zweites Kind überimpft, keine Reaktion hervorriefen. 2. Bei der Inokulation am 6. Tage nach der Vakzination traten wieder vier Pusteln auf, die aber am 7. Tage nach der Inokulation wieder eintrockneten. 3. Bei der Inokulation am 7. Tage waren die Variolapusteln nur sehr wenig entwickelt und begannen schon am 5. Tage sich wieder zurückzubilden. 4. Bei der Inokulation am 8. Tage zeigte sich an den Impfstellen nur eine geringgradige Entzündung. 5. Am 9. Tage nach der Vakzination blieb die Inokulation ohne Erfolg.

Nach William (zit. n. E. Pfeiffer) ist die Impfung mit Blatterneiter am 9. Tage nach der Vakzination unwirksam; Pearson (zit. n. Kübler) konnte vom 10. Tage ab niemals eine Pustel erzeugen.

Digitized by Google

b) Versuche durch Impfung und nachträgliche Wiederimpfung.

Zöhrer (zit. n. Bohn) vakzinierte täglich dasselbe Kind mit einem neuen Einstich. Die Stiche hafteten durchschnittlich bis zum 6. Tage; vom 7. Tage ab war eine zweite Impfung erfolglos.

Kuhn 1855 hatte bei Nachimpfungen am 2., 3. und 4. Tage stets Erfolg; die vom 5. Tage versagten in der Hälfte der Fälle; am 7., 8., 9. oder 10. Tage schlugen sie stets fehl.

Hingegen bekam Vetter 1860 auch bei der am 8. und 9. Tage wiederholten Impfung unter 20 Fällen dreizehnmal eine deutliche Reaktion, welche in Eiterbläschen- oder Krustenbildung oder auch nur in Rötung der Impfstellen bestand. Die 7 anderen Fälle verliefen ohne Reaktion. Am 10. und 11. Tage konnte auch er niemals Reaktion beobachten.

Nach Sobotka hafteten Nachimpfungen nur bis zum 6.—7. Tage.

Janson, welcher im Jahre 1891 diese Versuche überprüfte, bekam bei der Wiederimpfung am 1.—3. Tage normale Pustelbildung; an den am 4.—6. Tage nach der ersten Vakzination gesetzten Impfstichen traten Pusteln auf, welche an Größe hinter den ersten bedeutend zurückblieben und einen beschleunigten Verlauf nahmen. An den Impfstellen vom 7.—10. Tage entwickelten sich nur mehr Papeln, keine Vesikeln. Am 11. und 12. Tage erhielt er keine Reaktion mehr.

Tanaka 1901 wiederholte die Impfung am anderen Arme. Bis zum 3. Tage nach der ersten Vakzination bekam er normale Pusteln; vom 4. Tage an immer schwächere und am 9. Tage keine Reaktion mehr.

Nach L. Pfeiffer 1903 wird die Reaktion vom 4.—6. Tage immer geringer. Vom 7.—9. Tage haftet kein Impfstich mehr. Am 9. Tage ist die Immunisierung abgelaufen.

Nach Tedeschi 1901 ist eine geringe Immunität schon am 4. Tage nachzuweisen, vollständige Immunität tritt erst in der regressiven Periode der Pustel ein.

Aus allen diesen Versuchen ergibt sich, daß die Immunität nicht plötzlich beginnt, sondern sich vom 4. Tage an allmählich entwickelt und am 10., spätestens 11. Tage abgeschlossen ist.

Den Einfluß, welchen die sich allmählich geltend machende Immunität auf die Nachimpfungen hat, schildert Bohn folgendermaßen: „Der Verlauf der nachgeimpften Vakzine und Variola wird um so schneller, je später die Nachimpfung geschieht. Die am 2. und 3. Tage gesetzten binden sich im ganzen an den regulären Verlauf der Vakzine; bei den am 4. und 5. Tage gesetzten schrumpft die gesetzliche Latenzperiode auf ein Minimum ein und es erheben sich sofort Papeln und Bläschen. Bei den am 6. Tage gesetzten sind schon tags darauf Pockenbläschen da. Die Ausbildung der Effloreszenzen muß natürlich unter dieser Beschleunigung leiden, sie werden mit jedem späteren Tage, an dem sie ausgebrochen sind, immer weniger umfangreich und voll, treffen jedoch auf dem Höhepunkte ihrer Entwicklung mit allen ihren Vorläufern am 8. Tage zusammen und legen die noch folgenden Stadien der Eiterung und Abtrocknung u. s. w. mit denselben gemeinsam zurück.“

Damit stimmen die Beschreibungen der anderen Autoren im allgemeinen überein, insbesondere betonen alle, daß sämtliche Pusteln gleichzeitig abborken.

Im Gegensatz zu diesen übereinstimmenden experimentellen Ergebnissen berichten namentlich ältere Autoren vielfach über Blatternerkrankungen, welche zu verschieden späteren Terminen nach der Vakzination ausgebrochen sind, und setzen daher den Zeitpunkt der eingetretenen Immunität später an. So sagt Lüders 1824: „Ich möchte daher nicht nach dem Tage der Vakzination den Termin der Sicherung bestimmen, da bekanntlich das Gift 4—6 Tage latent bleibt, sondern nach dem Tage des ersten Erscheinens der Pusteln zählen oder vielmehr den Zeitpunkt der Immunität des Organismus gegen die Blattern nach einer regelmäßig verlaufenen Vakzination erst mit dem völlig getrockneten und abgefallenen Schorfe beginnen lassen.“

Cross 1819 (zit. n. Lüders) berichtet über drei Fälle aus eigener und einen Fall

Digitized by Google

aus fremder Beobachtung, wo am 9., 10., 11. und 12. Tage nach der Vakzination, d. h. nach der Bildung der Areola um die Kuhpocke, Blattern ausbrachen und regelmäßig verliefen, und warnt davor, sich vor Abfallen des Schorfes auf die Sicherung durch die Vakzine zu verlassen.

Nach Heim 1838 ist die Kuhpockenschützung erst mit dem Abfallen des Schorfes, d. i. am 21. Tage, eingetreten. Er zählt eine Reihe von Fällen auf, wo 13, 14 und 15 Tage nach der Vakzination Variola aufgetreten ist. Zwei Kinder, $^3/_4$ und 1 Jahr alt, sollen noch 5 Wochen nach der angeblich erfolgreichen Vakzination (das eine Kind soll 6 Pusteln gehabt haben) varioloid aufgetreten sein.

Forbes (zit. n. Lüders) sah ein zwölfjähriges Kind, das bald nach der Gelegenheit zur Ansteckung vakziniert worden war, 3 Wochen später an Variola erkranken und sterben.

Ueber ähnliche Fälle berichten noch eine ganze Reihe von Autoren: Borggreve 1855 (ein Fall von Variola am 17. Tage nach der Vakzination); Hérard 1848 (drei Fälle am 14. Tage post vacc.); Perrenon 1804, Wedekind 1886, Kortum 1810 (je ein Fall am 14. Tage post vacc.); Rillet und Barthes (ein Fall am 20. Tage post vacc.); Simonetta 1888 (ein Fall am 26. Tage post vacc.); Marty 1895 (am 22. Tage post vacc.); Gintrae 1855 (am 17. Tage post vacc.) u. a. Zahlreich sind die Fälle, wo Vakzinierte am 12. Tage an Blattern erkrankten. (Zusammengestellt bei Kotowtschikoff, Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 38, 1899.)

Da aber das Inkubationsstadium der Blattern 10—14 Tage beträgt, so ist auch in den vorangeführten Fällen fast ausnahmslos die Blatterninfektion vor dem 10. Tage, also früher als die Immunisierung durch die Vakzination abgeschlossen ist, eingetreten; ja sogar die Fälle, wo eine Infektion erst später als 4 Tage post vaccin. angenommen werden könnte, sind sehr spärlich.

Mit diesen Ergebnissen im Widerspruch stehen Experimente von Woodville und Aubert (zit. n. L. Pfeiffer), auf Grund deren sie folgendermaßen resümieren: Wenn man in den ersten 3 Tagen des Blatterninokulationsstadiums vakziniert, kommen die Blattern nicht zur Entwicklung. Wird zwischen dem 3. und 4. Tage vakziniert, so erfolgt ein Ausbruch von abgeschwächter Variola. Bei Vakzination nach dem 4. Tage verlaufen Vakzine und Variola unbeeinflußt nebeneinander.

Es sind in der Literatur auch eine Reihe von Fällen verzeichnet, wo bald nach der Gelegenheit zur Blatterninfektion vakziniert wurde, die Vakzine haftete und die Blattern nicht zum Ausbruch kamen. Sehr charakteristisch ist u. a. ein Fall, über den J. Morf aus der Crefelder Epidemie berichtet: Ein Dienstmädchen wurde als blatternverdächtig auf die Pockenstation aufgenommen. Es stellte sich aber heraus, daß es sich um einen Herpes faciei handle; sie wurde am nächsten Morgen geimpft und unter den Pockenkranken liegen gelassen. Die Vakzine entwickelte sich vollkommen regelmäßig, zu einer Blatternerkrankung kam es nicht, und das Mädchen wurde nach 14 Tagen gesund entlassen.

Auch L. Pfeiffer sagt: Vom ersten Tage der Impfung ab kann sich der bis dahin noch von Variolaansteckung freie Impfling (ohne Gefahr) der stärksten Blatternatmosphäre aussetzen.

Aus alledem ergibt sich, daß die Vakzination im allgemeinen zwar vom 1. Tage an gegen Blatternerkrankung schützt, daß aber in einer Reihe von Fällen, wofern man für diese nicht eine ganz außergewöhnlich lange Inkubationsdauer annehmen will, die Infektion doch in den ersten Tagen nach der Impfung erfolgt ist. Eine Infektion nach dem vierten Tage der Impfung ist eine äußerst seltene Ausnahme.

c) Versuche durch subkutane Injektion von Lymphe Immunität zu erzeugen.

Die Versuche, Menschen durch subkutane Injektion von Lymphe zu immunisieren, blieben erfolglos. Janson injizierte Kindern bis 1 cm³ Lymphe, welche

Digitized by Google

er sterilisierte und mit Kochsalzlösung verdünnte, unter die Haut. Bei der Vakzination, die er 1—7 Tage nach der Injektion vornahm, konnte er nur mitunter einen beschleunigten Verlauf der Pusteln, nie aber Immunität beobachten. Zu demselben Resultat kommt Tedeschi.

B. Eintritt der Immunität beim Kalbe.

a) Bei Hautimpfung.

Nach Warlomont 1882 tritt die Immunität am 4. Tage auf; nach Tedeschi ist geringe Immunität schon nach 2—3 Tagen vorhanden.

b) Bei Hornhautimpfung.

Strauß, Chambon und Ménard 1890 impften vier Kälber in das Epithel der Hornhaut. Eines dieser Kälber war durch Hautimpfung schon immunisiert; bei diesem trat keine Reaktion ein. Bei den drei anderen stellte sich nach 6—7 Tagen Trübung des Hornhautzentrums unter Konjunktivalinjektion, Lichtscheue und großer Unruhe der Tiere ein. Eines dieser Kälber wurde am 12. Tage nach der Hornhautimpfung in die Haut mit Erfolg geimpft. Bei den beiden anderen erfolgte die Hautimpfung am 25., bezw. 28. Tage ohne Erfolg. „Die Hornhautimpfung immunisiert langsamer als die Hautimpfung."

c) Bei subkutaner Injektion von Lymphe.

Fröhlich 1867 spritzte einer Kuh auf der linken Seite drei Tropfen Lymphe ein und machte gleichzeitig rechts sechs Impfstiche. An der Stelle der Injektion bildete sich kein Infiltrat, wie bei subkutaner Injektion allein. An den Impfstichen kam es, wie sonst, am 5.—6. Tage zur Induration, dann zur Bildung von Papeln, welche sich aber zurückbildeten, ohne Pusteln zu erzeugen. Bei einer zweiten Kuh blieb die Vakzination, welche 14 Tage nach einer subkutanen Injektion von Lymphe vorgenommen wurde, erfolglos.

Senfft 1872 machte bei sechs Kälbern subkutane Injektion von Lymphe. Bei zweien entstanden an den Injektionsstellen Vakzinepusteln, bei zweien war die nachfolgende Vakzination positiv, bei zweien negativ. Dann spritzte er einem Kalbe eine Pravazspritze Menschenpockenlymphe unter die Haut; die Kontrollimpfung nach 8 Tagen war positiv.

Warlomont 1882 machte einem Kalbe eine subkutane Injektion von Menschenblatternstoff und impfte es 7 Tage später ohne Erfolg.

Béclère, Chambon und Ménard erhielten bei Kontrollimpfung auf die Haut nach subkutanen Injektionen am 4.—7. Tage positiven Erfolg, vom 7.—12. Tage immer stärker abortiven Verlauf der Pusteln mit allmählicher Abnahme der Virulenz des Impfstoffes; vom 12. Tage an keine Reaktion mehr.

De Waele und Sugg 1905 nähten Kälbern ein Schilfsäckchen mit Vakzine in eine Hauttasche. Bei einem wurde am 6. Tage das Säckchen zerplatzt aufgefunden. Eine Vakzination am 8. Tage war negativ. Bei dem zweiten wurde das Säckchen am 7. Tage entfernt; die Kontrollimpfung am 10. Tage war negativ. Beim dritten wurde das Säckchen am 5. Tage entfernt; Kontrollimpfung am 8. Tage negativ. Beim vierten erfolgte die Entfernung des Säckchens am 3. Tage; Kontrollimpfung am 8. Tage negativ; beim fünften die Entfernung des Säckchens am 5. Tage; die Kontrollimpfung am 10. Tage negativ. Bei allen diesen Tieren trat lokale Schwellung und Eiterung ein. Dieselben Versuche wurden bei bereits vakzinierten Tieren vorgenommen; bei diesen war die lokale Reaktion und das Fieber sehr gering gegenüber diesen Erscheinungen bei den nicht vakzinierten Kälbern.

Nach Chaumier und Rehns 1903 ist nach subkutaner Injektion am 12. Tage Immunität vorhanden.

d) Bei intravenöser Injektion von Lymphe.

Fröhlich 1867 injizierte einer Kuh zwölf mit frischer Lymphe gefüllte Haarröhrchen in eine Halsvene. Die Kontrollimpfung nach 14 Tagen war ohne Erfolg.

Strauß, Chambon und Ménard 1890 machten vier Rindern intravenöse Injektion mit 2—3 cm^3 bis einem Bruchteil eines Tropfens Lymphe. Die Hautimpfung wurde nach 10, 15 und 20 Tagen ohne Erfolg vorgenommen.

Digitized by Google

Nach Pfeiffer 1903 verleiht eine intravenöse Injektion von Lymphe dem Kalbe keine Immunität.

C. Eintritt der Immunität beim Kaninchen.

Nach Calmette und Guerin ist das Kaninchen am 6. Tage nach der Impfung gegen eine zweite Impfung immun.

An demselben Tage tritt die Immunität nach subkutaner Injektion von Lymphe ein.

Bei intravenöser Injektion ist schon am 5. Tage Immunität vorhanden.

De Waele und Sugg bestätigen die Angaben Calmettes und Guerins.

Zagari konnte durch Impfung mit Blatternstoff keine Immunität erzeugen; bei späteren Impfungen gelangen nur immer spärlichere Pusteln zur Entwicklung.

Dauer der Immunität.

Das deutsche Impfgesetz vom Jahre 1896 nimmt eine durchschnittliche Dauer von 10 Jahren für den durch die Vakzination gewonnenen Schutz gegen eine Pockenerkrankung an, indem es die erste Impfung für das im Kalenderjahre ablaufende erste Lebensjahr, die Wiederimpfung für das 12. Lebensjahr vorschreibt. Ernst Pfeiffer 1901 gibt die Dauer des Schutzes mit 7—10 Jahren an. Nach Kübler 1898 ist bis auf Ausnahmen die Wiederempfänglichkeit für den Ansteckungsstoff der Kuhpocken nach Ablauf eines Jahrzehnts wieder vorhanden, eine gewisse Widerstandsfähigkeit besteht aber bei den meisten Menschen 10 Jahre und darüber nach erfolgreicher Impfung; jedoch kommen Schwankungen in weiten Grenzen vor.

Lotz nimmt nach den Erfahrungen in den Pockenepidemien die Dauer des Impfschutzes mit 10 Jahren an und in unvollständigerer Weise noch längere Zeit; bei drohender Epidemie seien die Individuen zu revakzinieren, sobald der Impfschutz vermindert oder erloschen sei, d. i. nach 5—6 Jahren. Nach Glokowski dauert der Impfschutz 6—7 Jahre. Tatsächlich bleiben die positiven Ergebnisse der Wiederimpfung hinter den positiven Ergebnissen der Erstimpfung um 20% zurück (Kübler), für welche also ein über 10 Jahre dauernder Schutz vorhanden ist. Anderseits wird vielfach über positive Revakzinationsergebnisse zu einem viel früheren Zeitpunkte berichtet, so u. a. von Dietrich 1897, welcher bei der Revakzination von 718 Kindern von 6—11 Jahren nur bei 4 keinen Erfolg bekam. In Japan (zit. n. Kübler), wo die Revakzination in fünfjährigen Intervallen vorgeschrieben ist, werden bei der ersten Revakzination schon 36·8% positive Ergebnisse gezählt; dabei ist zu beachten, daß in Japan die positiven Ergebnisse der Erstimpfung relativ niedrig sind, nämlich 80% gegen durchschnittlich 97% im Deutschen Reiche; ferner, daß mit der Vervollkommnung der Impftechnik die Zahl der erfolglosen Revakzinationen immer mehr abnimmt: 1831—1836 in Württemberg 34% erfolglose Revakzinationen; im Deutschen Reiche 1891 7·22%, im Jahre 1895: 5·88% (Kübler).

Der Schutz, den eine Vakzination gegen eine zweite Vakzination verleiht, ist also nach 5—6 Jahren schon bei 40 bis 50% der Vakzinierten erloschen oder wenigstens sehr stark vermindert; nach 10 Jahren ist nur ein geringer Bruchteil der Vakzinierten für eine zweite Impfung nicht empfänglich.

Die Dauer des Vakzineschutzes gegen die Inokulation der Variola scheint kürzer zu sein als gegen die Revakzination. So schreibt Brown 1809 (zit. n. E. Pfeiffer), daß nach 3 Jahren der Impfschutz so verringert ist, daß die Inokulation haftet, sein Bestehen sich aber noch durch den milden Verlauf der nachfolgenden Variola dokumentiert; nach 6 Jahren biete eine vorausgegangene Vakzination keine Sicherheit mehr gegen eine Variolaerkrankung, indem das Eruptionsfieber und die anderen Variolasymptome sich denen bei der natürlichen, unbeeinflußten Variolaerkrankung nähern. Doch schwanken auch hier die Angaben über die Dauer des Schutzes sehr, indem über erfolgreiche Inokulation schon wenige Monate nach

Digitized by Google

der Vakzination, anderseits über erfolglose nach einem Jahrzehnt und länger berichtet wird (E. Pfeiffer).

Im allgemeinen geht aus den Berichten über die Inokulation Geimpfter hervor, daß lokale Reaktion mit Pustelbildung schon frühzeitig hervorgerufen werden kann (Reiter), daß aber Allgemeinerkrankungen erst nach einer Reihe von Jahren und dann in milder Form auftreten (Kübler).

Aus der erfolgreichen Revakzination, respektive Inokulation ohne Allgemeinerkrankung kann aber nicht ohneweiters auch auf eine Empfänglichkeit für die natürliche Variola geschlossen werden. So sagt schon Jenner (zit. n. Kübler): „Es ist eigentümlich zu beobachten, daß das Kuhpockengift, obgleich es die Konstitution für das Blatterngift unempfänglich macht, sie nichtsdestoweniger hinsichtlich seiner eigenen Wirkung unverändert zu lassen scheint.“ Und Cleß (zit. n. Kübler): Daneben bleibt noch die weitere Tatsache bestehen, daß die Schutzkraft der Vakzine gegen die Variola im einzelnen Individuum länger fortdauert als die Schutzkraft gegen eine erfolgreiche Vakzination.“

Auch haben viele Aerzte, welche bei der Behandlung von Variolakranken trotz reichlicher Infektionsgelegenheit selbst nicht an Blattern erkrankt waren, an sich eine erfolgreiche Vakzination vorgenommen (Reiter). Reiter 1846 sagt auch, daß bei Geblatterten (die ja im allgemeinen gegen eine zweite Erkrankung geschützt sind) es leicht sei, eine Vakzinepustel zu erzeugen, und Wolffberg 1886: „Der volle örtliche Revakzinationserfolg beweist nicht, daß die Blatterndisposition sich über den Nullpunkt erhoben hat.“ Voigt 1887 erhielt bei den in der Hamburger Epidemie in den Jahren 1869—1872 geblatterten Kindern bei der Revakzination im Jahre 1878 57·2% positive Ergebnisse, im Jahre 1879 74·8%, im Jahre 1880 67·4%, im Jahre 1881 86·3%. Selbstverständlich ist aber ein vollständiger Beweis dafür, daß die Impfung zu einer Zeit Erfolg gehabt hat, wo noch Immunität gegenüber Variola bestand, nicht zu erbringen.

Aus den Statistiken über die Blatternepidemien in England am Ende des 19. Jahrhunderts (Kübler) geht hervor, daß von den geimpften Kindern im Alter von 1—10 Jahren $^9/_{10}$ von der Erkrankung verschont geblieben sind. Von den erkrankten Geimpften aller Altersklassen waren 0·2% im 1. Lebensjahre, 0·8% im 2.—5. und 3·3% im 6.—10. Lebensjahre. In Leicester erkrankten von rechtzeitig geimpften Kindern im Alter von 1—5 Jahren keines, im Alter von 6—10 Jahren 3·1%. Es beginnt also der Vakzineschutz gegen die natürlichen Blattern bereits nach 5 Jahren nachzulassen. Vergleicht man aber die Zahl der Erkrankungen der geimpften und nicht geimpften Personen nach dem 10. Lebensjahre, so ergibt sich, daß für viele der Vakzineschutz bis 20 und 30 Jahre anhält. So z. B. erkrankten in Dewsberg (zit. n. Kübler):

	Geimpfte	Nicht Geimpfte
im Alter von 10—30 Jahren . .	29·9%	66·5%
in höherem Alter	23·0%	22·4%
in Leicester:		
im Alter von 11—15 Jahren . .	8·0%	50·9%
„ „ „ 16—20 „ . .	19·5%	42·2%
„ „ „ 21—30 „ . .	35 0%	84·6%
in höherem Alter	20·3%	33·3%
in Gloucester:		
im Alter von 11—30 Jahren . .	32·7%	74·6%
in höherem Alter	31·7%	45·7%

Aber auch bei den Geimpften, welche an Blattern erkranken, zeigt sich noch eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Variolavirus insofern, als die Pockentodesfälle bei den Geimpften ungleich seltener sind als bei den Ungeimpften. So starben z. B. nach Kübler während der Epidemiejahre 1892 und 1893 in 16 schottischen und englischen Städten von über 10 Jahre alten geimpften Personen 4·7%, gegenüber 33·7% bei den Ungeimpften.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

REFERATE.

Innere Medizin.

Diabetes, Azidosis etc.

1. **Die Opotherapie bei Diabetes.** Von Lassance. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die Opotherapie mit Pankreas bei Diabetes.** Von A. Lafitte. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Pankreasveränderungen als Ursache der fehlenden Zuckerzerstörung beim Diabetes.** Von G. Seibel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Diabetes infektiösen Ursprungs.** Von M. Labbe. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber Glykosurie und Diabetes bei Morbus Basedowii.** Von L. Rauchwerger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber die Beziehungen zwischen Albuminurie und Diabetes.** Von Lanceraux. Ref. Fritz Loeb, München.
7. **Zur Frage der Narkose bei Diabetes.** Von Kausch, Breslau. Ref. Fritz Loeb, München.
8. **Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus.** Von Körner. Ref. Fritz Loeb, München.
9. **Die Azetonurie der Diabetiker.** Von O. Simon, Karlsbad. Ref. Fritz Loeb, München.
10. **Der Einfluß einzelner Eiweißsubstanzen auf die Zuckerausscheidung bei schwerem Diabetes.** E. Therman. Ref. Fritz Loeb, München.
11. **Bedingungen der Azetonbildung im Tierkörper.** Von S. Sattas. Ref. Fritz Loeb, München.
12. **Nachweis der Azetessigsäure.** Von Lindemann. Ref. Fritz Loeb, München.
13. **Ueber Azidurie und Azetonurie als Todesursache nach Chloroform- und Aether-Narkosen.** Von L. G. Guthrie. Ref. A. Haas, München.
14. **Ueber Aetherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen.** Von A. Seelig. Ref. Fritz Loeb, München.
15. **Azetonurie als physiologisches Vorkommnis und als Begleiterscheinung von Krankheiten.** Von M. Mauban. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
16. **Ueber den Einfluß der Chloroform-Narkose auf den Blutzuckergehalt und seine Beziehung zur Azetonurie.** Von J. Arnheim. Aus der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Berlin. Ref. A. Haas, München.
17. **Neuer Beitrag zur Frage des paroxystischen Erbrechens mit Azetonämie.** Von A. B. Marfan. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die Leber zeigt beim Diabetes stets Störungen ihrer Funktion, sei es im Sinne einer Verminderung, sei es einer Vermehrung ihrer Tätigkeit. Der Diabetes bei der „Anhepatie" zeichnet sich aus durch geringe Glykosurie, meist direkt durch eine Mahlzeit provoziert, keine Abmagerung, Verringerung der $\overset{+}{U}$-Ausscheidung — leichte Form des Diabetes. Beim Diabetes durch Hyperhepatie handelt es sich um schwere Formen mit Abmagerung, starke $\overset{+}{U}$-Verluste, starke Glykosurie mit einem Maximum in der Nacht und gegen Morgen. Man kann beide Formen fast mit Sicherheit durch den Erfolg einer Behandlung mit Leberextrakt auseinanderhalten, die nur bei der ersteren Form von Nutzen ist. Man behandelt sie außer mit Leberextrakt mit Vichy-Wasser, nicht mit Pankreasmedikation, Opiaten, Brom oder Antipyrin. Letztere Mittel sind dagegen bei den Formen mit Hyperhepatie indiziert. Den Leberextrakt gibt man am besten als wässerigen Auszug als Klysma oder als Suppositorium, besser als per os oder subkutan. Das gleiche gilt für die Pankreaspräparate, doch ist hier lange Behandlung nötig, und die Besserung ist nur vorübergehend, 8—10 Tage dauernd. — (Thèse de Paris, 1905.)

2. Die Anwendung von Wasser- und Glyzerinauszügen des Pankreas ist jetzt als unwirksam verlassen; man wendet nur noch ganz frische Drüse an, die sofort nach dem Tode des Tieres roh zur Verwendung kommen muß. Selbst leichte Erhitzung zerstört die Heilwirkung. Vf. hat fünf Diabetesfälle verschiedener Schwere mit Pankreas behandelt und Günstiges von der Therapie gesehen; die Glykosurie, die Polyphagie und Polydipsie wurden gebessert, ebenso die Impotenz, die Amenorrhöe, die Körperkräfte; doch ist die Besserung der Glykosurie nur vorübergehend, und man muß die Behandlung in regelmäßigen Zwischenräumen wieder-

Digitized by Google

holen. Da es sehr schwer ist, stets frisches Pankreas zu erhalten, so hat Apotheker Vigier in Paris den Versuch gemacht, ohne Anwendung von Erhitzung Dauerpräparate herzustellen, die die gleiche Wirksamkeit haben sollen. — (Le Progrès Médical, S. 252, 1905.)

3. Die Rolle der Langerhansschen Inseln bei der Pathogenese des Diabetes ist noch nicht geklärt. Ist auch die Mehrzahl der Autoren der Ansicht, daß eine Veränderung derselben als Ursache gewisser Diabetesfälle eine Rolle spielt, so fehlt es auch nicht an Stimmen, die ihnen jede Bedeutung absprechen (Hansemann) oder die wenigstens nicht jeden Pankreasdiabetes auf Veränderungen der Inseln beziehen wollen. Noch andere halten die Frage heute noch nicht für spruchreif. Im ganzen ist bis 1904 das Pankreas bei 167 Diabetikern nach dieser Richtung hin untersucht worden, und in 137 Fällen ließ sich ein positiver Befund erheben, während man bei Nichtdiabetikern niemals schwere Läsionen oder gar völliges Verschwinden der Inseln konstatierte. Seibel selbst hat vier Fälle von Diabetes pathologisch-anatomisch untersucht. Bei einem an Lungentuberkulose gestorbenen Patienten, der nie viel Zucker gehabt hatte, fand sich eine Veränderung; in einem zweiten waren die Inseln fibrös entartet; in einem dritten fanden sich neben normalen Drüsenläppchen gar keine Inseln; ebenso wurden dieselben im letzten Falle völlig vermißt. — (Thèse de Paris, 1905.)

4. Die Entstehung des Diabetes auf infektiöser Grundlage ist schwer zu beweisen; ein post hoc beweist eben nicht immer ein propter hoc. Labbé berichtet über zwei Fälle, die nur schwer anders zu deuten sind. Ein 45jähriger, fettleibiger Mann erkrankte anfangs Februar an einer fieberhaften Angina; Urin zuckerfrei. Mit der Rekonvaleszenz begannen Diabetessymptome; am 4. März enthielt der Harn 415 g Zucker. Der Diabetes dauerte einige Wochen und wich einer rationellen Behandlung; schon am 25. April gingen von 150 g eingeführtem Zucker nur wenige Gramm in den Harn über; seitdem ist er bei reichlicher Kohlehydratzufuhr völlig zuckerfrei. Im zweiten Falle erkrankte eine fettleibige 70jährige Dame, deren Urin oft untersucht worden war, an einem akuten Katarrh, während dessen Diabetessymptome begannen. Strenge Diät brachte die Glykosurie bald zum Schwinden. Vf. glaubt, daß hier das infektiöse Agens bereits eine in der Fettleibigkeit begründete Disposition zum Diabetes vorfand und so leichter den Diabetes hervorrufen konnte. — (Rev. franç. de Méd. et de Chir. Nr. 33, 1905.)

5. Hat man einen mit Glykosurie komplizierten Fall von Basedow vor sich, so ist eine Entscheidung über den Charakter der Glykosurie nur aus der Betrachtung des ganzen Symptomenkomplexes und seiner zeitlichen Gruppierung zu treffen. Das vorliegende Sektionsmaterial (vier Fälle) hat so gut wie nichts ergeben, was ohneweiters im Sinne eines Zusammenhanges beider Krankheiten verwertet werden könnte. Klinisch sind bis jetzt 25 Fälle sicheren Zusammenvorkommens von Basedow und echtem Diabetes publiziert, darunter 23 Frauen. Meist geht der Basedow dem Diabetes voran, besonders gern stellt letzterer sich zusammen mit einem Rezidiv des Basedow ein. Das klinische Material ist aber nicht groß genug, um eine Erklärung des Zusammenhanges liefern zu können; so leugnet denn eine Anzahl Autoren einen solchen Zusammenhang und bezeichnet das Zusammentreffen als ein zufälliges. Die Angaben über Glykosurie im Verlaufe der Basedow'schen Krankheit, die von den betreffenden Autoren nicht als Aeußerung eines Diabetes angesehen wurden, sind etwas häufiger, und zwar handelt es sich dabei sowohl um sehr schwere wie um sehr leichte Basedowfälle. Die Häufigkeit der alimentären Glykosurie bei Basedow wird von den verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben; ebenso stimmen die Angaben über die Glykosurie erzeugende Wirkung der Thyreoideafütterung keineswegs miteinander überein; während die einen nach Thyreoidinpräparaten sehr häufig Glykosurie auftreten sahen, sahen die anderen nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle Zucker erscheinen. Aus solchen experimentellen Untersuchungen einen Rückschluß auf die Vorgänge beim Basedow machen zu wollen, ist selbst bei

Digitized by Google

der thyreogenen Theorie etwas gewagt, und so ist die Beurteilung dessen, in welchen Fällen wir die Glykosurie erwarten dürften, und wie die Prognose in solchen Fällen zu stellen ist, schwierig. Und ebensowenig ist es entschieden, in welchem Organ wir die nächste Entstehungsursache für das Auftreten der Glykosurie bei Basedow zu suchen haben. — (Diss., Berlin 1905.)

6. Ueber die Beziehungen zwischen Albuminurie und Diabetes sprach Lancereaux in der Pariser Acad. de Méd. (25. Juli 1905). Er wies darauf hin, daß gerade bei dem meist mit hoher Zuckerausscheidung einhergehenden Pankreasdiabetes Albuminurie selten auftritt, im Gegensatz zu dem meist mit geringer Zuckerausscheidung einhergehenden arthritischen Diabetes, wo Albuminurie keine Seltenheit ist. Die Albuminurie bei Diabetes hat nichts mit dem Zuckerdurchtritt durch die Niere zu tun. Drei ätiologische Hauptmomente kommen für die Albuminurie bei Diabetes in Betracht: 1. interkurrierende Erkrankungen, z. B. Tuberkulose, 2. Arteriosklerose (durch vaskuläre Nephritis), 3. Gemütsbewegungen und körperliche Anstrengungen steigern eine ohne interkurrente Krankheiten oder Arteriosklerose bestehende Albuminurie. Bei diesem echten albuminurischen Diabetes handelt es sich um Innervationsstörungen im Gebiete des verlängerten Markes.

7. Kausch hat die Frage der Narkose bei Diabetes einer eingehenden Erörterung unterzogen. Er empfiehlt, bei Diabetikern die Inhalationsnarkose nach Möglichkeit einzuschränken und die verschiedenen Methoden der Lokalanästhesie anzuwenden, soweit dieselben nicht kontraindiziert sind. Narkose zu rein diagnostischen Zwecken ist zu vermeiden. Ebenso soll von mehreren aufeinander folgenden Narkosen Abstand genommen werden, weil jede folgende Narkose die Gefahr erhöht. Da das Chloroform erwiesenermaßen toxischer wirkt als Aether, ist es beim Diabetiker prinzipiell zu verwerfen und durch Aether zu ersetzen. Quantum des Narkotikums und Dauer der Narkose sind nach Möglichkeit herabzusetzen. Es empfiehlt sich, nötige Narkosen bei Diabetikern früh morgens auszuführen, damit nicht durch das Hungern vor eventuell später angesetzten Narkosen das Auftreten von Azetonurie begünstigt werde. Um die Säureintoxikation des Blutes zu verhüten, soll jedem Diabetiker vor der Operation Natrium bicarbonicum bis zur alkalischen Reaktion des Harnes gegeben werden. Die Narkose soll womöglich am zuckerfreien Diabetiker vorgenommen werden. Droht ein Koma oder ist ein solches bereits eingetreten, so soll die Natrontherapie mit aller Energie in Angriff genommen werden (per os, per anum, subkutan, intravenös), weil nur so sich die Gefahr des Komas beseitigen läßt. — Arch. f. klin. Med., Bd. 74, H. 4.)

8. Im Anschluß an 33 Mastoiditisoperationen bei Diabetikern hat Körner über seine Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus berichtet. Bei der leichten Form des Diabetes kann die Operation die Zuckerausscheidung vorübergehend steigern, ohne den Kranken weiterhin zu schädigen. Eine Gefahr des Ueberganges der leichten Form in die schwere scheint durch die Operation nicht gegeben. Der Eintritt des Komas infolge der Operation ist nur zu fürchten, wenn der Diabetes bereits vor der Operation die klinischen Erscheinungen der schweren Form zeigt, namentlich wenn im Harn reichlich Azetessigsäure vorhanden ist. Die leichte Form des Diabetes stellt keine Kontraindikation gegen eine sonst indizierte Operation dar. Bei vitaler Indikation dürfen auch in mittelschweren und schweren Diabetesfällen Operationen vorgenommen werden. — (Mitt. a. d. Grenzgeb., Bd. 12, H. 3, 1905.)

9. In einer vorläufigen Mitteilung über die Azetonurie der Diabetiker berichtet O. Simon über drei schwere Diabetesfälle, die auf Entziehung der Butter nicht mit Reduktion

Digitized by Google

der Azetonurie und Diazeturie reagierten, bei denen aber nach Einführung reichlicher Mengen von Eiweiß in Form von Parmesankäse (in Bouillon oder Tee bis zu 100 g im Tag verteilt) neben relativ großen Dosen von Kohlehydraten das Harnazeton prompt verschwand. Entgegen der Beobachtung anderer Autoren, konnte Vf. keine Steigerung des Zuckers danach beobachten. — (Prager med. Wochenschr., Nr. 34, 1905.)

10. Im Anschluß an diese Mitteilung sei die Arbeit von E. Therman: Der Einfluß einzelner Eiweißsubstanzen auf die Zuckerausscheidung bei schwerem Diabetes (Nord. med. Arch., H. 3, 1904) kurz erwähnt. Vf. hat an fünf einzelnen Diabetikern Stoffwechselversuche mit Käse, Fleisch, Eiern, Gluton (ein Leimpräparat) und Butter angestellt. Die größte Zuckerauscheidung wurde regelmäßig bei Käsekost gefunden; bei Fleischkost ist die Zuckermenge wiederum größer als bei Eierkost. „Es scheint keinem Zweifel zu unterliegen, daß die in die Eiweißmoleküle einbegriffenen verschiedenen Atomkomplexe von einer wesentlich verschiedenen Bedeutung für die Zuckerbildung sind."

11. Sattas weist darauf hin, daß sowohl die Ausschaltung der Kohlehydrate aus der Nahrung, als die verminderte Fähigkeit des Organismus, die Kohlehydrate weiter umzusetzen, eine Veränderung des intermediären Stoffwechsels hervorruft, die charakterisiert ist durch die gestörte Zersetzung der Fettsäuren, durch die Vermehrung der Ammoniakausscheidung und durch den gestörten Umsatz der Purinkörper. Normalerweise wird die Azetonbildung durch bestimmte Substanzen des intermediären Stoffwechsels gehemmt, unbekannt aber ist, auf welche Vorstufe des Azetons sich diese Hemmung bezieht. Die Einführung einer geringen Menge Kolhehydrate ohne vorherige Hungerperiode verhindert die Azetonurie. Eine bereits bestehende Azetonurie wird dagegen erst durch eine sehr große Kohlehydratzufuhr zum Schwinden gebracht. — (Hofmeisters Beitr., Bd. 6, H. 6 u. 7.)

12. Zum Nachweis der Azetessigsäure im Harn empfiehlt L. Lindemann als empfindliche und eindeutige Probe folgende Verbesserung der Methode von Riegler: Man säuert 10 cm^3 des zu untersuchenden Urins mit fünf Tropfen einer zirka 30%igen Essigsäure an, setzt fünf Tropfen Lugolscher Lösung hinzu, schüttelt gut durch und fügt 2 cm^3 Chloroform hinzu. Ist Azetessigsäure vorhanden, so bleibt das Chloroform farblos, fehlt sie, so färbt es sich durch freiwerdendes Jod rot. — (Münch. med. Wochenschr., 1905.)

13. Nach Aether- und Chloroformnarkosen kann der Tod unter den bekannten Erscheinungen des Coma diabeticum eintreten, gewöhnlich acht Tage nach der Narkose. Bei der Sektion solcher Fälle findet man fettige Degeneration der parenchymatösen Organe, besonders der Leber, und die beim Koma tödliche Säurevergiftung scheint nur bei schwerer Degeneration der Leber möglich zu sein. Da auch solche Veränderungen nach Aethernarkosen vorkommen, muß in diesen Fällen die Degeneration schon früher vorhanden gewesen sein. Die Bildung der giftigen Säuren aus dem Fett geschieht entweder direkt durch das Narkotikum als Stoffwechselgift oder durch Förderung der Toxinwirkung der Darmbakterien. Bei Leuten mit Fettleber (Trinkern, rhachitischen Kindern) muß man mit Narkosen vorsichtig sein; da Hungern die Azetonurie fördert, soll man vor der Operation ein Nährklysma geben; eventuell kann man auch Alkalien prophylaktisch anwenden. — (The Lancet Nr. 4278, 1905.)

14. Nach den Untersuchungen von Seelig ruft durch längere Zeit unterhaltene Aethernarkose bei Hunden, die mit Fleisch gefüttert wurden, und Kaninchen stets Glykosurie hervor, welche die Narkose jedoch nur kurze Zeit überdauert. Dauernde Kohlehydratfütterung verhindert bei Hunden das Zustandekommen der Glykosurie. Nach der Aethernarkose ist der Leberglykogengehalt vermindert. Wird gleichzeitig mit der Aetherinhalation Sauerstoff in richtigen Mengen intravenös infundiert, so tritt keine Glykosurie

Digitized by Google

ein. — (Arch. f. exp. Path. Bd. 52, 1905.)

15. Mauban unterscheidet:

a) Physiologische Azetonurie. Ihr Vorkommen wird von den Autoren teils geleugnet, teils zugegeben. Sehr viel kommt dabei auf die Technik des Nachweises an. Vf. konnte oft unter vielen Versuchen nur sehr selten Azeton nachweisen, wenn er die Destillation bei 50—60° und neutraler Reaktion vornahm, während er bei sauerer oder alkalischer Reaktion in denselben Urinen stets Spuren, öfter ganz beträchtliche Mengen auffand. Jedenfalls hält er die physiologische Azetonurie für ein seltenes Vorkommnis.

b) Azetonurie beim Diabetes, die häufigste Form; Vf. bringt sie in Verbindung mit mangelhafter Assimilation, mit der Inanition.

c) Azetonurie im Verlaufe fieberhafter Krankheiten; auch sie bezieht Vf. auf eine relative Inanition, indem die Ernährung hochfiebernder Kranken Schwierigkeiten macht. Dies erklärt auch, warum nach Abfall des Fiebers die Azetonurie verschwindet.

d) Azetonurie bei Krebs. Man vermißt sie bei malignen Neubildungen, die noch nicht zu Ernährungsstörungen geführt haben; sie ist also auch auf die Inanition zu beziehen.

e) Azetonurie durch Resorption; sie soll vorkommen, wenn irgend welche pathologische Produkte resorbiert werden, bei Puerperen durch Resorption des vergrößerten Uterus, bei Schwangeren nach dem Tode des Fötus (nach anderen aber soll sie auch bei ganz normaler Gravidität auftreten). Vf. besitzt darüber keine Erfahrung.

f) Azetonurie bei Gastroenteritiden; sie ist auch lediglich eine Folge der Inanition und kommt besonders bei Kindern vor.

g) Azetonurie bei Nervenkrankheiten; sie kommt bei gastrischen Krisen, bei hysterischem Erbrechen vor und ist auch nur durch Inanition bedingt.

h) Azetonurie nach Allgemeinanästhesie. Dieselbe war von anderen Autoren teils auf die Anästhesierungsmittel, teils auf den Schlaf selbst bezogen worden; Vf. hält jedoch auch sie für die Folge der strengen Diät, die zu Operierende vor und nach der Operation einhalten; er konnte bei solchen Kranken oft schon vor der Operation Azeton nachweisen.

i) Azetonurie bei der Inanition. Azetonurie ist die regelmäßige Begleiterscheinung der völligen Nahrungsenthaltung; aber, wie obige Ausführungen ergeben, sind alle Formen der Azetonurie Folgen relativer Inanition. — (Thèse des Paris, 1905.)

16. Von Arnheim wurden Tierversuche unter den üblichen Kautelen an Kaninchen angestellt und gefunden, daß in der Narkose selbst sich ein Stadium einer starken Hyperglykämie nachweisen läßt, parallelgehend mit einer Abnahme des Leberglykogens. Kurze Zeit nach der Narkose besteht dann Hypoglykämie. Zwölf Stunden etwa nach der Narkose ist der Zuckergehalt des Blutes wieder normal. Nur ganz selten wurde Traubenzucker im Urin ausgeschieden. Für die nach Chloroformnarkosen auftretende Azetonurie macht Vf. den schnell eintretenden Kohlehydratmangel verantwortlich; diese Azetonurie würde also der bei Hunger auftretenden entsprechen. Bei der Chloroformnarkose von Diabetikern mit geringer Toleranz für Kohlehydrate ist wegen der Gefahr des Komas größte Vorsicht geboten. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 43, 1905.)

17. Marfan bespricht nochmals die bereits in einer früheren Arbeit (Arch. de méd. des enfants 1901) niedergelegten Symptome der Krankheit sowie die von den verschiedenen Autoren aufgestellten Theorien über Entstehung und Zusammenhang derselben, um schließlich wieder zu dem Resultate zu kommen, daß die beiden Symptome — Brechanfälle und Azetonämie — koordinierte Folgen einer gemeinsamen Ursache seien, einer Ursache, die wir jedoch noch nicht kennen. Er berichtet im Anschluß daran über einen Fall, wo eine Appendizitis bestand, das Erbrechen mit Azetonausscheidung als Folge derselben aufgefaßt wurde, aber auch nach Beseitigung des Wurmfortsatzes sich wieder einstellte. — Er hat versucht, in Analogie zur Behandlung der diabetischen Azetonämie, seine Fälle

Digitized by Google

mit Alkali zu behandeln, und gute Erfolge damit erzielt, ohne nun daraus schließen zu wollen, daß das Erbrechen durch eine Azidose hervorgerufen werde. — (Soc. de pédiatrie, 1905.)

Ernährung.

1. **Ueber die individualisierende diätetische Behandlung der Gicht.** Von C. v. Noorden und L. Schliep. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Kalkariurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter.** Von Leopold Moll. (Aus Prof. Epsteins Kinderklinik in der Landes-Findelanstalt in Prag.) Ref. E. Fromm, München.
3. **Ueber Nahrungsbeschränkung und Entziehung.** Von H. Huchard und Ch. Fießinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die ungenügende Ernährung bei Dyspeptikern und Nervösen.** Von A. Mathieu und J. Ch. Roux. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Einwirkung der Diät auf Sekretion und Aktivität der Kinase.** Von A. Frouin. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Die Wirkung der Alkalien und ihre Indikationen bei der kindlichen Ernährung.** Von Southworth. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
7. **Der diätetische Gebrauch von vorverdautem Leguminosenmehl, besonders bei atrophischen Kindern. Nebst einer Studie über Absorption und Ansatz.** Von David L. Edsall und Kaspar W. Miller. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
8. **Ueber die Ausnützung stickstoffhaltiger Nahrungsmittel bei Störungen der Verdauung.** Von Wilhelm Roehl, Heidelberg. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Nachdem die Harnsäureforschung durch die Lehre von der endogenen und exogenen Harnsäure auf eine sichere Basis gestellt ist, wissen wir, daß wir die Harnsäureproduktion auf ein Minimum herabdrücken können, wenn wir nur purinfreie Nahrungsmittel geben. Ebenso wissen wir, daß bei Gichtikern häufig eine beträchtliche Ū-Retention vorkommt. Auf Zulage purinhaltiger Kost reagiert der Gichtiker häufig träger als der Gesunde. Wahrscheinlich sind es die besonderen pathologischen Bindungsverhältnisse der Ū., die die Ausscheidung erschweren. Gelegentlich macht man die Erfahrung, daß, wenn man einen Gichtiker längere Zeit auf purinfreie Kost gesetzt hat und ihm nun reichlich purinhaltige Kost zugibt, ein Gichtanfall einsetzt. v. Noorden und Schliep schlagen nun Toleranzbestimmungen als Grundlage einer individualisierenden, diätetischen Gichtbehandlung vor. Sie ermitteln den endogenen Ū-Wert eines Individuums und legen nun zwei Tage lang je 400 g Ochsenfleisch zu. Ihre Untersuchungen ergaben, daß bei einem gesunden Individuum dieser Menge von 800 g Fleisch eine Mehrausscheidung von zirka 0·24 g Purin-N entspricht, die sich auf die zwei Fleischtage und oft noch auf die 1—2 nächsten Tage erstreckt. Beim Gichtkranken wird häufig eine geringere Gesamtmenge ausgeschieden, die oft auch zeitlich nachschleppt und unregelmäßig ist. Scheidet der Gichtiker nach 800 g Fleisch normale Purinmengen aus, so steht nichts im Wege, dieses Quantum purinhaltiger Kost zu gestatten. Wenn nicht, versucht man zwei Tage lang 200 g Fleisch, und sieht dann häufig, daß die dieser Fleischmenge entsprechende Purinmenge anstandslos ausgeschieden wird. Diese Fleischmenge ist dann erlaubt. Diese Toleranzbestimmungen stellen die Gichtdiätetik auf eine sicherere Basis. Eine ausführliche Mitteilung wird in Aussicht gestellt. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 41, 1905.)

2. Das Krankheitsbild der mit Phosphaturie (Kalkariurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter ist neben dem auffallenden Symptom der in Trübung durch Erdphosphate bestehenden Harnveränderung charakterisiert durch allgemeine nervöse Erscheinungen schwereren Grades (Unruhe, Aufgeregtheit, Mißmut, Schlaflosigkeit, Kopfweh), Schmerzattacken, welche im Unterleib und um den Nabel lokalisiert sind, oft auch neurasthenische Erscheinungen, welche von der Urogenitalsphäre ausgelöst werden, starke Schweiße, Parästhesien, trophische Hautstörungen, Verdauungsstörungen, chronische Dickdarmkatarrhe und Abmagerung. Was den eigentümlichen Urinbefund betrifft, so ist zu bemerken, daß der Harn spontan entleert wird, alkalisch oder amphoter reagiert, von normalem spezi-

Digitized by Google

fischen Gewicht, entweder gleich milchig getrübt ist oder unmittelbar nach der Entleerung trüb wird und nach kurzer Zeit einen reichlichen dickflockigen Niederschlag von Kalkphosphaten ausfallen läßt. Hiebei ist zu betonen, daß der Harn solcher Patienten keine oder nur eine geringgradige Vermehrung der Phosphate gegen die Norm aufweist, sondern vielmehr eine reichliche Kalkvermehrung, weshalb die Bezeichnung Phosphaturie richtiger durch Kalkariurie zu ersetzen wäre.

Nach dem Vorgange Toblers verabreichte Vf. bei seinem genau beobachteten Falle mit bestem Erfolg eine kalkarme Diät, indem er Fett, Fleisch, Zucker und Obst zuführte und kalkreiche Nährmittel, wie Milch und Eier, vermied. Der Uebergang zur gewöhnlichen Kost wurde gleichfalls erfolgreich mit allmählich gesteigerten kleinen Gaben von fetter Milch versucht. Letzterer Maßnahme lagen die Untersuchungen Freunds zugrunde, durch welche festgestellt war, daß bei Fettzufuhr „ein Teil des Kalkes, anstatt als Kalziumphosphat ausgeschieden zu werden, zur Seifenbildung verwendet und so der Bindung an Phosphorsäure entzogen wird". — (Prag. med. Wochenschr., Nr. 42, 1905.)

3. Die völlige Entziehung fester wie flüssiger Nahrung ist nach den Erfahrungen von Huchard und Fiessinger am Platze bei Hämatemese jeder Provenienz und bei schwerem Erbrechen; ihre Dauer ist von der Natur und der Schwere der betreffenden Krankheit abhängig. So wird man ein blutendes Ulkus eventuell länger auf völlige Karenz setzen, als wenn Karzinom oder Leberzirrhose der Blutung zugrunde liegt; Robin empfiehlt bei ersterem, 10—12 Tage zu fasten. Der Wasserverarmung beugt man durch 2—3stündliche Klysmen von $^1/_4$ l Wasser (mit wenig ClNa, 1 : 500) vor, die man am besten warm verabreicht. Bei großer Schwäche gibt man dreimal täglich Nährklysmen: 2 geschlagene Eier, 2 Kaffeelöffel flüssiges Pepton, 100 cm^3 20%ige Traubenzuckerlösung, 0·5 g Kochsalz, 1 g Pepsin, 10 Tropfen Opiumtinktur). — Eine derartige lange Hungerkur mit Kochsalzklysmen, eventuell subkutanen Kochsalzinfusionen kommt auch bei schwerem Schwangerschaftserbrechen in Frage.

Vom völligen Hunger ist zu unterscheiden die „Wasserdiät". Man gibt sie bei der Appendizitis, bei Cholera nostras, zu Beginn akuter Infektionskrankheiten, bei der Urämie. Leichte Teeaufgüsse gelten dabei als Wasser; bei alten oder geschwächten Individuen fügt man eventuell einige Löffel Wein oder Gemüsebouillon (ohne Butter) hinzu. Milch ist bei diesen Krankheiten zu widerraten, da sie die intestinalen Gärungen befördert; ebenso scheint es, als ob gewisse akute Infektionen, Influenza, Anginen etc. milder verlaufen, wenn man die Behandlung mit einer 36stündigen Wasserdiät einleitet. Bei der Urämie nimmt der Patient zirka 2 l reines Wasser zu sich.

Die Milchdiät folgt in den eben erwähnten Fällen der reinen Wasserdiät. Sie ist weiter indiziert bei den Magenerkrankungen, die mit gesteigerter Funktionsleistung des Organs einhergehen (alle drei Stunden $^1/_2$ l), ferner wochenlang bei Ulcus ventriculi, bei arteriellen Kardiopathien in Verbindung mit Diuretin. Geht es bei letztgenannten Affektionen besser, so fügt man nach einigen Tagen Eier, Gemüse, Brot hinzu. Bei Erweiterungszuständen des Herzens ist häufig die durch die Milchdiät bedingte Ueberladung mit Flüssigkeit von Uebel, und man ersetzt sie dann durch chlorarme Kost. Besonders indiziert ist die Milchdiät bei Nierenkrankheiten (im Durchschnitt 3 l); bei den chronischen Formen allerdings wird man über 1 l nicht hinausgehen und das übrige durch eine chlorarme Diät ersetzen. Besonders indiziert ist die Milch weiter bei Pyelitis und Pyelonephritis, während bei Zystitiden zu viel Milch nicht angezeigt ist.

Eine einfache Beschränkung in der Nahrungszufuhr ist in den meisten Erkrankungen verschiedenster Organe nötig. Bei Magenleiden sind Fett und Zuckerwaren, bei Leberleiden die Zufuhr alkoholischer Getränke zu meiden etc. Ein weiteres Eingehen auf die Angaben des Vfs. würde hier nur Altbekanntes wiederholen. — (Journ. des Praticiens, Nr. 32, 1905.)

Digitized by Google

4. Die relative Inanition, eine ebenso häufige, wie oft verkannte Komplikation der verschiedensten dyspeptischen und nervösen Zustände, geht mit einer Anzahl Erscheinungen einher, die einerseits die Diagnose des Zustandes erleichtern, anderseits wichtige therapeutische Angriffspunkte darstellen. Ein diagnostisch ungemein wichtiges Symptom ist die Verkleinerung der Leber. Oft weiß der Kranke selbst kaum von seinem hochgradigen Gewichtsverlust, oft auch verschweigt er denselben dem Arzte absichtlich. Stets aber wird uns dann die Leber einen Fingerzeig bieten, indem die Perkussion sie uns als nur 6, 5, ja 4 cm breit erkennen läßt. Mit fortschreitender Rekonvalenszenz nimmt dann das Lebervolumen fortschreitend zu. Die Ursache der Verkleinerung der Dämpfungsfigur liegt teils in einer wirklichen Verkleinerung des Organs durch Glykogen- und Fettschwund, teils ist sie nur eine scheinbare, indem die Leber die Neigung hat, um die Vena portae nach vorn zu fallen. — Mehr interessant als diagnostisch wichtig sind die Perversionen des Hungers, die wir als Begleiterscheinung der Inanition finden. Oft wird einfach infolge Gewöhnung wenig Nahrung aufgenommen; gelegentlich zeigt sich statt des Hungers eine Nausea, ja wirkliches Erbrechen von Schleim und Speichel, Symptome, die nach Nahrungsaufnahme schwinden. Weiter beobachtet man nicht selten schmerzhaften Hunger, Hunger mit Ohnmachtsanfällen oder Angstzuständen. — Eine gewöhnliche Begleiterscheinung der Inanition bildet die Magenatonie, besonders charakterisiert durch pathologisches Plätschergeräusch. Die Atoniebeschwerden hindern die Kranken an kräftiger Nahrungsaufnahme, und umgekehrt begünstigt die mangelhafte Ernährung hinwiederum die Atrophie der Muskulatur, die Atonie. — Therapeutisch besonders wichtig ist die geistige Verfassung der Kranken mit Inanition, die meist krankhafte Abweichung zeigt. Die günstigste Form ist die einfache Neurasthenie; solchen Patienten braucht man meist nur die Sachlage klar zu legen, um sie zu reichlicher Nahrungsaufnahme zu veranlassen. Weit ungünstiger sind die Formen bei Hysterie, bei denen man immerhin noch öfter durch energische psychische Beeinflussung (Drohung mit Isolierung!) zum Ziele kommt. Ganz ungünstig ist die Prognose bei den Formen mit hereditärer Degeneration und fixen Ideen (Magenverkleinerung, Vergiftung mit intestinalen Fäulnisprodukten etc.!) — (Arch. f. Verd. Krkh., Bd. 11, H. 4, 1905.)

5. Frühere Untersuchungen (Soc. de biol., 14. Juni 1902) hatten ergeben, daß der mit Katheter aus dem Ductus Wirsungianus entnommene Pankreassaft, Eiweiß gegenüber, ganz unabhängig von der verabreichten Kost, stets inaktiv ist; man kann also nicht von einer Anpassung des Pankreassaftes an die Diät sprechen. Die Frage erhebt sich nun, ob die verschiedene Verdauungskraft des Pankreassaftes durch die beigemischte Darmkinase bedingt sei, die unter dem Einfluß verschiedener Regime etwa verschiedene Eigenschaften erlangen könnte. Allein die Untersuchung ergab, daß der Darmsaft eines Pflanzenfressers, dem Pankreassaft des Hundes beigefügt, demselben die gleiche eiweißverdauende Wirksamkeit verschafft, wie der Darmsaft eines fleischgefütterten Hundes. Ebensowenig ergaben sich Unterschiede in den Eigenschaften des Darmsaftes von Hunden, die monatelang mit Brot oder mit Milch, oder mit Fleisch gefüttert worden waren; ferner auch keine Unterschiede bei demselben Hund unter verschiedener Fütterung. Es folgt daraus, daß die Darmsekretion durch verschiedenes Regime keine qualitativen oder quantitativen Veränderungen erleidet. — (Soc. de Biol., 14. Juni 1905.)

6. Der praktisch erprobte Wert der zur Milch gesetzten Alkalien beruht nicht, wie man früher glaubte, darauf, daß die Kuhmilch nun der Frauenmilch ähnlicher wird — denn auch die Frauenmilch hat eine leicht saure Reaktion —, sondern darauf, daß die beim Stehen der Milch sich bildende Milchsäure neutralisiert wird. Dadurch wird die sonst eintretende grobflockige Gerinnung der Milch im Magen verhindert und die schon vorhandenen kleinen Kaseingerinnsel leichter gelöst. Ferner verhindert das Alkali die Lab- und Pepsinwirkung und das Auftreten

Digitized by Google

von Salzsäure im Magen. Eine mäßige Menge Alkali bewirkt daher, daß ein Teil der Milch unverändert in den Darm abgeht und verteilt so die Verdauung zwischen Magen und Darm. Im ersteren wird die Verdauung dann wieder einsetzen, wenn das Alkali durch die neugebildete Salzsäure wieder neutralisiert ist. Auf diese Weise entsteht eine für das jüngere Kind sehr wichtige Entlastung des Magens.

Die zur Verwendung kommenden Alkalien sind Kalkwasser und doppeltkohlensaures Natron. Ersteres wird der 16- bis 20fachen Menge Milch, bezw. Milchmischung zugesetzt, von letzterem kommen 2—4 g auf 1 l. Das doppeltkohlensaure Natron bildet im Magen unter dem Einfluß der Salzsäure Kohlensäure, deren Bläschen den Kaseinschwamm sehr porös machen. Wird die Milch, der das Natron zugesetzt wurde, gekocht, so bildet sich aus dem doppeltkohlensauren Salz das kohlensaure Natron, wodurch die Alkalität steigt. Da man gewöhnlich den verschiedenen Milchmischungen gleiche Mengen Alkali zusetzt, wird die stärkst verdünnte Milch — also diejenige für die jüngsten Kinder — die relativ größte Menge Alkali enthalten, da hier nur wenig Alkali durch Milch gebunden ist. — (Arch. of Pediatrics, Bd. 22, 1905.)

7. Diastasiertes Bohnenmehl wurde von Erwachsenen und Kindern gut vertragen, wenn auch erstere manchmal vor dem Geschmack zurückschreckten. Von 15 atrophischen Kindern, die 2½% Bohnenmehl meist in Milchmischungen bekamen, zeigten 12 eine rapide Besserung. L. Edsatt und Caspar W. Miller glauben an einen direkten Einfluß des in dem Mehl enthaltenen Nukleins auf den Gewebebildungsprozeß. Man kann auf diesem Wege 0·75 bis 1% vegetabilisches Eiweiß in der Nahrung zuführen, was in Fällen, wo das Milcheiweiß nicht ertragen wird, wichtig ist. — (Amer. Journ. of the medic. Sciences, Bd. 129, 1905.)

8. Bei Störungen der Verdauung, insbesondere beim Darmkatarrh, ist nach den Untersuchungen von Roehl die Stickstoffausscheidung in den Darm erheblich vermehrt. Die scheinbare Ausnutzung stickstoffhaltiger Nahrungsmittel durch einfachen Vergleich der N-Einfuhr in der Nahrung und der N-Ausfuhr im Kot berechnet, beträgt bei akuter Enteritis je nach der Schwere der Erkrankung von normalen Zahlen an bis zu 78% der N-Einfuhr herunter; bei chronischer Enteritis bis zu 76% herunter; bei chronischer Dysenterie bis zu 69% der N-Einfuhr. Diese scheinbare Ausnutzung wird wesentlich beeinflußt durch die Vermehrung der N-Ausscheidung in den Darm. Die wahre Ausnutzung stickstoffhaltiger Nahrungsmittel bei Störungen der Verdauung ist vielmehr eine nahezu normale und beträgt auch in schweren Fällen nicht unter 75% der Einfuhr. Damit ist, als wesentlichstes Ergebnis der fleißigen Arbeit, erwiesen, daß der Stickstoffbedarf des Körpers bei Störungen der Verdauung stets wird gedeckt werden können. — (Sep.-Abdr. aus Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 83, 1905.)

Respirationstraktus.

1. **Häufigkeit, Prognose und Therapie der lobären Pneunomie bei jüngeren und älteren Kindern.** Von H. Koplik. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
2. **Ueber den therapeutischen Wert des antibazillären Serums.** Von G. Ricci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die Diagnose vergrößerter bronchialer Lymphknoten.** Von Friedländer. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
4. **Ueber einige nicht genügend bekannte physikalische Zeichen bei jüngeren und älteren Kindern.** Von Hamill und Boutillier. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
5. **Eisanwendung bei lobärer Pneumonie.** Von Aurness. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Die lobäre Pneumonie ist bei Kindern, im Unterschied zu den Erwachsenen, seltener doppelseitig, häufiger im Oberlappen, seltener in mehr als einem Lappen. Die rechte Lunge ist öfter befallen als die linke, am häufigsten der rechte Oberlappen, dann der linke Unter-, der rechte Unter-, der linke Ober- und endlich der rechte Mittellappen. Das Geschlecht bedingt bei Kindern keinen Unterschied, während bei den Erwachsenen die Männer

Digitized by Google

stärker vertreten sind. Der jüngste vom Vf. beobachtete Fall betraf ein dreimonatliches Kind. Am häufigsten ist die Kinderpneumonie im zweiten Jahre. Bei Kindern ist Empyem die häufigere Komplikation, bei Erwachsenen die seröse Pleuritis. Meningeale Symptome zeichnen die Pneumonie der Kinder, besonders bei doppelseitiger Spitzenerkrankung, aus.

Die Prognose ist bei Kindern im allgemeinen besser als bei Erwachsenen, je jünger aber die Kinder, desto ungünstiger ist sie. Im Winter ist der Verlauf schwerer als im Sommer. Von den Komplikationen ist die Perikarditis am gefährlichsten. Das Fehlen einer Leukozytose ist prognostisch ungünstig, ihr Vorhandensein schließt aber einen schlimmen Ausgang nicht aus.

Die Behandlung ist nicht spezifisch, ihre Prinzipien sind die gleichen wie bei anderen Infektionskrankheiten, z. B. bei Typhus. Das Herz ist jedoch bei Pneumonie besonders überanstrengt und bedarf deshalb oft — namentlich bei jüngeren Kindern — einer aktiven Therapie. Die Temperatur ist je nach den Beschwerden, die sie verursacht, zu bekämpfen. Kalte Bäder werden meist schlecht ertragen; Vf. wendet kalte oder lauwarme Abwaschungen und Brustumschläge von zirka 21° an. Bei Bedarf werden Herzmittel gegeben, am besten Alkohol (Whisky) in kleinen Dosen und Digitalis. Nitroglyzerin (0·0004 bis 0·0006 alle vier Stunden) ist bei Zyanose nützlich; Strychnin, das als Respirationsstimulans wirken soll, wird (in Amerika, Ref.) viel zu häufig und in zu großen Dosen angewendet. Am wichtigsten ist die Ernährung mit leicht assimilierbarer Kost in regelmäßigen Intervallen. Bei trockener Zunge sind oft kleine Gaben Wasser zu geben, jedoch ist vor allem eine häufige Störung des Kranken zu vermeiden. Von Sauerstoff sah Vf. keine Wirkung. Das Krankenzimmer soll gleichmäßig temperiert (16° R.) und gut ventiliert sein. Bei Schmerzen und quälendem Husten gibt Vf, den älteren Kindern Kodein, nicht Morphium, den jüngeren ganz leichte Opiumpräparate. Bei Tympanites ist Kalomel von Nutzen (0·03 zweistündlich bis 0·3 in schweren Fällen). Den Kollaps bekämpft man mit Wärme, Kampfer, Nitroglyzerin. — (Boston med. and. surgic. journ. Nr. 26, 1905.)

2. Zahlreiche experimentelle Arbeiten aus dem Maragliano'schen Institut hatten festgestellt, daß man durch Injektion wässerigen Extrakts lebender Tuberkelbazillen von Ziege und Kaninchen ein Serum mit stark agglutinierenden (1 : 2000) und antibakteriellen Eigenschaften erhalten kann, dessen Injektion Versuchstiere in jeder Weise zu schützen geeignet ist. Ricci versuchte das Serum an zehn Tuberkulösen, zwei Fällen von Drüsen- und acht von Lungentuberkulose. Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag in der Dosis von 1—5 cm³ vorgenommen, im ganzen wurden 17—40 Spritzen verabreicht. Von den acht Lungenkranken blieb einer (febril) stationär, vier (zwei febrile und zwei afebrile) wurden völlig geheilt, drei febrile Fälle wesentlich gebessert, die zwei Drüsentuberkulosen geheilt. — Das Maragliano'sche Serum besitzt also einen hohen Heilwert und ist zur Behandlung der Tuberkulose zu empfehlen. — (Il Morgagni, August 1905.)

3. Nach Friedländer sind die Ursachen der Drüsenschwellung mannigfache. Eine einfache Adenitis ist oft nur der Vorläufer für die Tuberkulose. Eines der ersten Zeichen ist ein paroxysmaler, pertussisähnlicher Husten, aber ohne jauchende Inspiration. Wichtig ist eine Dämpfung oberhalb des Sternums, hinter dem Manubrium und dem oberen Teil des Schwertfortsatzes mit Ausdehnung nach beiden Seiten. Auch eine interskapulare Dämpfung soll manchmal gefunden werden. Wertvoll für die Diagnose ist eine einseitige Veränderung des Atmungsgeräusches. Venengeräusche sind kein sicheres Zeichen, dagegen ist eine bleibende Leukozytose wichtiger für die Diagnose. (Bei dieser Gelegenheit sei an ein paar andere, wenig bekannte Symptome bei Bronchialdrüsenschwellung erinnert: die einseitige Anschwellung der oberflächlichen Halsvenen und die einseitige Pupillenerweiterung. Ref.) — (Journ. of the amer. med. association, Bd. 44, 1905.)

4. Eine Stelle abgeschwäch-

Digitized by Google

ten Schalls unter dem inneren Drittel der linken Clavicula. Sie rührt wohl von der exponierten Lage der großen Gefäße her. Bei kleinen Kindern ist sie schwer herauszufinden. Oft reicht sie nach außen bis zur Mittel-Schlüsselbeinlinie, nach unten bis zum ersten Interkostalraum, manchmal bis zur Herzdämpfung.

Die Stelle mit bronchialem Atmungstyphus befindet sich gewöhnlich oberhalb der Lungenwurzel; sie ist individuell sehr verschieden. Meist ist sie auf den Interskapularraum und die Fossae supraspinatae beschränkt, manchmal findet man sie auch über und an dem Angulus scapulae. Fast immer ist sie doppelseitig.

Der Einfluß der Lage auf den Perkussionsbefund bei Kindern. Bei Seitenlage ist der Perkussionsschall auf der unteren Seite erhöht. Bei der Untersuchung sollen daher die beiden Brustseiten stets frei und symmetrisch gehalten werden.

Der Herzspitzenstoß ist bis zum sechsten Jahre gewöhnlich im vierten Interkostalraum in der Mittellinie der Clavicula zu finden, später gewöhnlich im fünften, in oder wenig innerhalb dieser Mittellinie. Gelegentlich ist er sogar bis zum zwölften Jahr im vierten Interkostalraum.

Die Herzdämpfung ist für Kinder unter drei Jahren an der zweiten Rippe, der Mittellinie des Sternums und wenig innerhalb der Mittellinie der Clavicula. Vom dritten bis sechsten Jahr findet man sie am oberen Rand der dritten Rippe, der Mittellinie des Sternums und in oder wenig innerhalb der Mittellinie der Clavicula. Vom sechsten bis zwölften Jahr ist sie an der dritten Rippe, zwischen Mitte und sechsten Rand des Sternums und in der Mittellinie der Clavicula.

Das Venengeräusch ist meistens über der rechten Jugularvene deutlicher als über der linken. Oefters breitet es sich weithin aus: in einigen Fällen fand man es entlang dem rechten Sternalrand bis zur zweiten Rippe. Bei aufrechter Stellung ist es deutlicher als bei liegender. Für die Diagnose von Bronchialdrüsenschwellung ist das Geräusch wertlos. Bei weiter Ausdehnung kann es zu Verwechslung mit Herzgeräuschen führen. Bei aufrechter Stellung besteht das Geräusch in einem eigentümlichen, fortgesetzten Summen, bei liegender Stellung hört man öfters einen leisen systolischen Pfiff.

Funktionelle Herzgeräusche sind am besten an der Pulmonalis zu hören, dann in dem Raum zwischen der dritten Rippe, linkem Sternalrand und einem Punkt innerhalb und oberhalb der Herzspitze. Die Ausdehnung, in der man sie hört, ist sehr verschieden. Nur selten sind sie bei aufrechter Stellung zu finden. Die Verfasser nehmen keinen Zusammenhang der Geräusche mit Anämie, wohl aber mit einer Störung der Ernährung an. — (Jour. of the amer. med. association, Bd. 44, 1905.)

5. Aurneß hat über 100 Fälle von lobärer Pneumonie behandelt, ohne einen Todesfall zu verzeichnen. Er führt diesen vorzüglichen Erfolg auf eine besondere Art der Anwendung der Eisblase zurück. Am unteren Ende derselben wird ein Schlauch angebracht, durch welchen stets das Eiswasser abfließen kann. Auf diese Weise wird eine 80mal größere Wärmeentziehung der entzündeten Partien erreicht, da das Eis, welches dann direkt wirken kann, eine 80mal größere wärmeentziehende Kraft besitzt, als das Eiswasser. Dieses Verfahren ist bei frühzeitiger Anwendung geeignet, einen Abortivverlauf herbeizuführen und meist den Verlauf der Erkrankung erheblich abzukürzen. — (Journ. of amer. med. assoc., Bd. 22, 1905.)

Gutartige Pylorusstenose.

1. **Aetiologie, Diagnose und Behandlung der gutartigen Pylorusstenose.** Von George Emerson Brewer, New-York. Ref. O. Einstein, Stuttgart.
2. **Zur Klinik der benignen Pylorusstenosen.** Von H. L. Elsner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die häufigste Ursache sind Geschwüre. Sie bewirken die Stenose durch ein entzündliches Exsudat oder durch Narbenbildung, auch durch Adhäsionen

Digitized by Google

des den Geschwüren benachbarten Peritoneums. Nicht sicher ist, ob Spasmen infolge des Geschwürreizes eine Stenose entstehen lassen können. Fernere Ursachen sind Gallenblasenerkrankungen, gutartige Tumoren der Magenwand und der umgebenden Organe, Fremdkörper, Gastroptose, Wanderniere und — was wichtiger ist — Hypertrophien, die entweder angeboren und nichtentzündlichen Ursprunges sind und die Schleimhaut frei lassen, oder die bei Erwachsenen als Folge chronischer Gastritis auftreten und dann entweder eine Zirrhose der ganzen Magenschleimhaut bedingen oder sich auf den Pylorus beschränken. Die Rolle der Syphilis scheint ziemlich groß zu sein.

Die Symptome hängen teils von der ursächlichen Krankheit, teils von der Stenose und folgenden Gastrektasie ab. Die letzteren sind je nach der Schwere der Stenose folgende: Verzögerung der Magenentleerung (nach 7 Stunden soll der gesunde Magen nach einer gewöhnlichen Mahlzeit entleert sein), Druckgefühl in der Magengegend, verstärkte Peristaltik, Aufstoßen, Sodbrennen, Erbrechen, das durch große Mengen, alte Speisereste, saueren und oft faulen Geruch und seine Drei-Schichtung charakterisiert ist. In schwereren Fällen treten Wassermangel der Gewebe, Anämie, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Obstipation, Parästhesien und Tetanie auf. Physikalische Zeichen sind die Palpation eines Tumors, Feststellung der Dilatation und Plätschergeräusche. Anfangs ist Hyperchlorhydrie und Hypersekretion des Magensaftes vorhanden. Dazu kommen die Symptome seitens der ursächlichen Erkrankungen. Für die kongenitale Stenose gelten auch die drei Stadien der einfachen muskulären Insuffizienz, des Versuches der Kompensation und der Atonie und Dilatation. Wichtig ist für sie die Feststellung, daß zwei Stunden nach der Nahrungsaufnahme durch die Magensonde noch Speisereste entleert werden.

Für die Therapie wird nur in den leichtesten Fällen die Regelung der Diät genügen, meist wird man zur Operation schreiten müssen, deren Mortalität zirka 6% beträgt. Wichtig ist, in geeigneten Fällen an eine antisyphilitische Kur zu denken. — (The med. News, 1905.)

2. Die gutartigen Pylorusstenosen können funktionell und organisch sein. Erstere kommen bei hochgradig nervösen Individuen vor und sind meist vorübergehend; es handelt sich um spastische Zustände am Pylorus, meist verbunden mit Hyperazidität. Ob manche Fälle von ganz plötzlicher Magenerweiterung, die sogar tödlich enden können, hieher gehören, ist noch nicht sicher entschieden. Stets aber müssen derartige funktionelle Stenosen den Verdacht erwecken, ob es sich nicht doch um ein organisches Magenübel handelt. Möglicherweise beruht auch manchmal das so häufige Erbrechen nervöser Mädchen, besonders während der Periode, auf derartigen Spasmen; die Wirksamkeit der Belladonna spricht jedenfalls dafür. Die organischen Stenosen können angeboren oder erworben sein. Die Symptome der ersteren treten stets sehr bald nach der Geburt auf, und wenn andauerndes Erbrechen erst in der 9. oder 10. Lebenswoche beginnt, kann es sich nicht um kongenitale Stenose handeln; umgekehrt ist nicht jedes hartnäckige Erbrechen bald nach der Geburt auf eine solche zu beziehen. Plötzliches, schußartiges Erbrechen spricht für Stenose, besonders wenn es mit sichtbaren peristaltischen Bewegungen und anderen Symptomen der Magenerweiterung vergesellschaftet ist. Leichtere angeborene Stenosen sind oft die Ursache von über das ganze Leben sich hin erstreckenden Magenbeschwerden, die dann häufig als nervöse Dyspepsie aufgefaßt werden. Die erworbenen Stenosen können intrapylorisch oder extrapylorisch sitzen. Bei ersteren handelt es sich in den meisten Fällen um Narbenstenosen (meist nach Ulkus, aber auch nach Verätzungen, Phlegmonen). Weiter kommen vor fibröse Stenosen (teils betrifft die fibröse Umwandlung nur den Pylorus, teils den ganzen Magen), Stenosen durch Hypertrophie der Muskulatur (besonders bei chronischer Gastritis), durch entzündliche Schwellung eines Ulkus, durch andere Entzündungen, durch Lues, Tuberkulose, gutartige Geschwülste, Abknickung des Magens. Die

Digitized by Google

Ursachen der extrapylorischen Stenosen können so mannigfach sein, daß hier nicht weiter auf sie eingegangen werden soll. Die Symptome einer Pylorusstenose sind bekannt: verzögerte Entleerung, so daß nüchtern noch Speisereste vorhanden sind, Erbrechen, peristaltische Unruhe u. a. m. Für die Frage, ob eine Stenose gutartig ist, kommt es zunächst auf die Vorgeschichte (Ulkus, Cholelithiasis etc.) an, auf das Alter des Patienten, auf die Anamnese, bezw. Heredität. Langsames Wenigerwerden der freien Salzsäure mit Vermehrung der organischen Säuren spricht gegen Gutartigkeit, ebenso das Vorhandensein des Boas Oppler'schen Bazillus. Sarcine spricht dagegen für gutartige Stenose, reichlicher Indigogehalt des Urins für Malignität.

Die Behandlung wird in sehr vielen Fällen chirurgisch sein müssen. Bei der innerlichen Behandlung unvollständiger Stenose kommt zunächst in Betracht, eine Nahrung zu verabreichen, die der geschwächte Magen durch die stenotische Stelle weiterbefördern kann. Man gibt häufige kleine Mahlzeiten und die Speisen selbst meist breiig, recht konzentriert. So sollen Bouillon, Schokolade, Kakao, Milch als Vehikel dienen für Eier, Fleischsolution, Plasmon, Somatose, Fleischmehl, Tapioca, Arrowroot, Reis etc. Ferner sind erlaubt geschabtes Fleisch, gekochter Fisch, Omelette, Zwieback, Butter, Kartoffelbrei, Spinat etc. In vielen Fällen unterstützt der Gebrauch von Oel nach Cohnheim die Passage. Die Behandlung hat weiter die Stagnation und ihre Folgen zu bekämpfen — durch Ausspülungen mit Wasser, die je nach Bedarf mehr oder weniger oft zu machen sind, weiter den erschlafften Magen zu kräftigen durch Massage, Gymnastik, Elektrizität etc., die Kräfte des Patienten durch eine tonisierende Behandlung zu bessern. Tetanie hält man durch Verhütung der Stagnation hintan. Die Darreichung von Medikamenten (Alkali, Abführmittel) ist oft nicht zu entbehren. Gute Wirkung erzielt man gelegentlich gegen Hyperazidität durch Adrenalin und Belladonna. Bei peristaltischer Unruhe und funktioneller Stenose kommen letzteres, ferner Gelsemium und Aqua Laurocerasi in Betracht, bei Flatulenz Physostigmin, als Tonicum Strychnin, bei leichten Spasmen Atropin und Faradisation, auch Eumydrin. Ueber Thiosinaminanwendung fehlt Vf. die Erfahrung. — (The Medical News, Nr. 4, 1905.)

Hirschsprung'sche Krankheit.

1. **Hirschsprung'sche Krankheit oder Megacolon congenitum.** Von Dr. Fr. Stirnimann. (Aus dem Kinderspital in Zürich.) Ref. Rosenbaum, München.
2. **Ueber die Hirschsprung'sche Krankheit (Megacolon).** Von Dr. Playette. Ref. Rosenbaum, München.
3. **Ueber Megacolon congenitum bei Kindern.** Von Prof. Dr. W. Tschernow. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Stirnimann beschreibt einen typischen Fall von Hirschsprung'scher Krankheit bei einem $3^1/_2$ Monate alten Kinde, das seit der Geburt an hochgradiger Obstipation litt. Die therapeutischen Maßnahmen durch Abführmittel, hohe Sondeneinführung waren erfolglos.

Die Obduktion des einer interkurrenten Pneumonie erlegenen Kindes ergab eine kolossale Erweiterung, ferner Hypertrophie des ganzen Kolons, besonders des Colon desc. et transv. (das ganze Kolon faßte 1700 cm^3 gegen 150 bei normalen Verhältnissen; der innere Umfang des aufgeschnittenen Kolons betrug 11 bis 18 cm); Rektum war normal.

Vf. erörtert im Anschluß daran die Symptomatologie, Prognose (nicht absolut ungünstig) und Therapie, die sich in den ersten zwei Lebensjahren auf innere Medikation, Spülungen beschränken muß, während später ein operativer Eingriff eventuell in Frage kommen kann. Die Aetiologie der Hischsprung-schen Krankheit ist noch nicht aufgeklärt; Hirschsprung und viele andere betrachten die Krankheit als angeboren, wieder andere nehmen nur eine abnorme Länge des S. romanum als angeboren an, wodurch eine Schlingenbildung erfolge, so daß infolge der Schwierigkeit der Kotentleerung die Dilatation und Hypertrophie

Digitized by Google

sekundäre und kompensatorische Prozesse seien. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 18, 1905.)

2. Playette hat diese nicht häufige Krankheit in zwei Fällen beobachtet, im Alter von 19 und 63 Jahren, welche beide nach der Operation defunkt sind.

Die Hirschsprung'sche Krankheit charakterisiert sich pathologisch-anatomisch durch zwei Momente: 1. Erweiterung des Kolons, teils beschränkt auf einen Divertikel oder einen Teil des Kolon, teils des ganzen Kolons, 2. sekundäre Kolon-Hypertrophie. Eigentlich eine Krankheit des Kindesalters, vielleicht angeboren, können doch damit behaftete Menschen, wenn auch selten, ein hohes Alter erreichen.

Klinisch tritt in Erscheinung: hochgradige Obstipation (wochenlang keine Entleerung, spontane Entleerung selten), als deren Folge ballonartige Auftreibung des Leibes durch Gase; die durch die Schwierigkeit der Kotaustreibung sekundär hypertrophische Muskulatur bewirkt gesteigerte peristaltische Bewegungen, welche durch die Bauchdecken sichtbar und fühlbar sein können; hiezu kommen Symptome einer Katarrhal-Schleimhauterkrankung, eventuell von Druckgeschwüren, Erbrechen, das nie fäkulent wird, kolikartige Schmerzen.

Therapeutisch wirken als Abführmittel am besten Ol. Ricini, ferner hohe Einläufe, richtige Darmwaschungen, schließlich der operative Eingriff, der bei herniösen Ausstülpungen mit der Darmresektion, sonst mit Enteroanastomose Hilfe schaffen kann; eventuell kommt in Betracht eine Fixation des Kolons, welches allmählich am Uebergang ins Rektum oft eine Drehung erfährt. Leider sind die therapeutischen Erfolge äußerst gering, so daß nur wenige Fälle geheilt werden. — (Rev. franç. de méd. et chir. Nr. 32, 1905.)

3. Tschernow beschreibt zwei Fälle aus seiner Praxis: Bei einem elfjährigen Knaben, der an Obstipation litt, war besonders der obere linke Teil des Leibes stark aufgetrieben. Bei der Sektion des an Masern verstorbenen Patienten erwies sich das S. romanum stark erweitert; sein Umfang betrug 15 cm, der Umfang des Colon transversum betrug 12 cm, der des Colon ascendens 10 cm, beide Flexurae coli waren bedeutend enger: ihr Umfang betrug 5 und $6^1/_2$ cm. An der Uebergangsstelle des S. romanum in das Rektum war der Darm nur für einen Finger durchgängig. Die Wand des Dickdarmes war besonders zum Rektum hin verdickt, hauptsächlich durch Zunahme der Submukosa und Muskularis. Die Schleimhaut wies die Zeichen des chronischen Katarrhes, teilweise mit ulzerösem Zerfall, auf. Die Submukosa des Dickdarmes war nach dem Rektum hin kleinzellig infiltriert und stellenweise bindegewebig entartet, in der Wand des S. romanum und an der Uebergabsstelle in das Rektum reich an fibrillärem Gewebe. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen zehnjährigen Knaben, der mit den Zeichen eines Volvulus flexurae sigmoideae am achten Krankheitstage aufgenommen und am folgenden laparatomiert wurde. Die Flexur lag im kleinen Becken und ging winkelig in das Rektum über. Bei Lüftung der Schlinge wurde ein Narbenstrang im Mesosigma sichtbar, der den Anfangsteil des aufsteigenden Astes mit dem Ende des absteigenden verband. Am neunten Tage nach der Operation starb Patient und bei der Sektion fand man das Peritoneum verdickt, im Mesosigma ein 4 cm langer Narbenstrang, das Colon transversum 17 cm im Umfang, das S. romanum bis 25 cm erweitert; der Umfang der beiden Knickungswinkel betrug 10 und 11 cm. Das Rektum war nicht erweitert, die Schleimhaut verdickt. Aus diesen, wie auch aus anderen, in der Literatur erwähnten Fällen ist ersichtlich, daß zum Zustandekommen der Erweiterung und Hypertrophie des Darmes ein Hindernis in Form von kongenitaler Aplasie oder Parese oder Stenose des Darmes vorhanden sein muß. — (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 37, 1905.)

Digitized by Google

Physikalische Therapie.

Die Fluxion als Heilmittel. Von Wilhelm Winternitz. Ref. Buxbaum, Wien.

Es darf als einer der größten Fortschritte in der Therapie betrachtet werden, daß man zur Erkenntnis gekommen ist, das wirksamste und fast einzige Mittel zur Ausgleichung von Ernährungsstörungen sei in der Beeinflussung der organischen Funktionen selbst gelegen.

Da nun die Zirkulation den wichtigsten Faktor der Ernährungsvorgänge bildet, da der Säftestrom das Material für die organische Funktion und auch für die Ernährung der Organe selbst liefert, so wird man es begreiflich finden, daß man durch Beherrschung der Zirkulation auf alle Organe und ihre Funktionen betätigend, hemmend und abändernd einzuwirken imstande sein werde.

Sind Ernährungsstörungen von verminderter, verlangsamter oder gehemmter Blutzufuhr zu irgend einem Organe von verminderter Blutmenge im ganzen Organismus abhängig, also von lokaler oder allgemeiner Anämie, so werden eine vermehrte, eine beschleunigte, eine erleichterte Blutzufuhr zu dem erkrankten Organe, eine Vermehrung der Blutbildung im Organismus die sichersten Mittel zur Ausgleichung der davon abhängigen Störungen sein müssen.

In zugänglichen Teilen wird lokale Wärmeapplikation am raschesten Gefäßerschlaffung und Zirkulationsbeschleunigung hervorrufen. Warme Umschläge von Bluttemperatur oder noch etwas darüber, lokale heiße Wasser- oder Dampfbäder, lokale heiße Duschen werden die gestellte Aufgabe, wenigstens momentan, erfüllen.

Es ist jedoch dabei zu beachten, daß die genannten Wärmeeinwirkungen, bei nur einigermaßen längerer Dauer, einem lähmungsartigen Zustand der Gefäßwand hervorbringen; anderseits würde es bei zu kurzer Applikationsdauer sich ereignen, daß infolge der gesteigerten lokalen Nervenerregbarkeit, der momentanen Gefäßerweiterung während der Wärmezufuhr, beim bloßen Uebergange zu den gewöhnlichen Außenverhältnissen, eine spastische Gefäßkontraktion folgen würde, und damit müßte der ursprünglich krankhafte Zustand geradezu noch verschlimmert werden.

Bei lokaler Anämie besteht die Indikation, nebst einer mäßigen Gefäßerweiterung, Zirkulationsbeschleunigung bei erhaltener Tonizität der Gefäßwand herbeizuführen.

Kurze, aber kräftige Kälteeinwirkungen, mit ziemlich energischen mechanischen Eingriffen, werden dieser Anzeige am besten gerecht. Ebenso kann man von alternierenden Einwirkungen von Wärme und Kälte und den sogenannten erregenden Umschlagsformen mit nachfolgender flüchtiger Abkühlung, bei den auf lokalen Anämien beruhenden Zirkulationsstörungen, Nutzen erwarten.

Die Prozeduren, die wir von diesem Gesichtspunkte aus wählen, werden in der trockenen oder feuchtkalten Friktion der betreffenden Teile durch 3—5—8 Minuten bestehen. Bewegliche lokale, $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten dauernde kalte Duschen, bei großer Torpidität oder geringer Erregbarkeit der Hemmungsnerven, lokale schottische Duschen, kalte, ohne impermeable Hülle, gut trocken verbundene Umschläge werden den Anzeigen oft genügen.

Bei all diesen Anwendungsformen muß ein nachträgliches tüchtiges Trockenreiben oder Massage der betreffenden Partien stattfinden.

Aber auch indirekt sind lokale Anämien den thermischen Einflüssen zugänglich auf dem Wege des thermischen Reflexreizes. Hier sind es die sogenannten Revulsivaktionen, die wir anstreben. Die reflektorische Hyperämisierung irgend eines Organs gelingt erfahrungsgemäß am besten von bestimmten Punkten aus, auf die aber die Kälte- oder Wärmeeinwirkung in ziemlich großer, leider nicht immer im vorhinein zu bestimmender Intensität durch längere Zeit angewendet werden muß. Da in dieser Beziehung bisher nur wenige Tatsachen feststehend sind, so wird man diese Anwendungsweise nur auf solche seltene Fälle beschränken müssen.

Als Beispiele mögen folgende hier angeführt werden:

Digitized by Google

Eisumschläge auf die Lendenwirbelsäule bewirken eine Erweiterung der Gefäße in den unteren Extremitäten und beseitigen in oft überraschender Weise habituelle Kälte in denselben. Auf Gefäßkontraktion zu beziehende Menstruationsanomalien, Amenorrhöen, zu langsame Entwicklung des inneren Genitalapparats bei Mädchen scheinen durch dieselbe Anwendungsform manchmal beseitigt zu werden. Wärmeapplikationen auf die Lendenwirbelsäule werden bei Gefäßerschlaffung in dem Genitalapparate sich öfters bewähren. Uterusinfarkte, profuse Menstruation, manche Metro- und Menorrhagien können auf diese Weise mit Erfolg behandelt werden.

Ein anderer Weg, nicht direkt zugängliche anämische Organe zu hyperämisieren, besteht darin, daß man durch Erhöhung des Tonus und Kontraktion eines größeren peripherischen Gefäßgebietes den gesamten Fassungsraum des Gefäßsystems zu verkleinern strebt. Es wird dadurch das von der Peripherie abgedämmte Blut nach den betreffenden inneren Organen gedrängt, es wird in denselben eine wahre Plethora quoad spatium eintreten. Mit der auf diese Weise relativ vermehrten Blutmenge, mit dem vermehrten Drucke in denselben, wird sich eine erhöhte Funktion daselbst bemerkbar machen.

Bei Zuständen allgemeiner Anämie also werden die Funktionen der lebenswichtigsten inneren sowie der der Ernährung und Blutbildung vorstehenden Organe gesteigert werden können. Wir ahmen in solchen Fällen nur die Natur nach und unterstützen deren Bestreben, durch Kontraktion und erhöhten Tonus der peripherischen Gefäße (habituelle Kälte von Händen und Füßen) das wenige Blut in den lebenswichtigen inneren Organen zu konzentrieren.

Aber selbst wenn solche anämische Zustände nicht auf einer quantitativen, sondern nur auf einer qualitativen Alteration der Blutmasse beruhen sollten, so muß auch die beschleunigte Durchfuhr des weniger generösen Ernährungsmaterials, durch die der Blutbereitung und Ernährung vorstehenden Organe, letztere in ihrer Funktion verbessern.

Von theoretischen Gesichtspunkten aus wird damit das Vorurteil erschüttert, daß bei anämischen Zuständen die Hydrotherapie absolut gegenangezeigt sei.

Eines der eklatantesten Beispiele für den therapeutischen Wert der Hervorrufung einer lokalen Fluxion zu einem anämischen Organe liefert uns die Hirnanämie. Außer einer allgemeinen Erhöhung des Gefäßtonus durch flüchtige Kälteanwendung auf die Peripherie — Abreibungen, Regenbäder, Anspornung der Herztätigkeit durch dieselben, werden hier besonders die lokale direkte Wärmezufuhr und, noch besser, erregende Umschläge die örtliche Blutarmut beseitigen.

Von weit größerer Wichtigkeit noch ist die Beschleunigung der Zirkulation und die Vermehrung der Blutzufuhr für verschiedene Erkrankungen der Brustorgane. Mannigfache Prozesse in den Lungen zeigen den Charakter der Anämie, der geringen Vaskularisation, der Kompression der Gefäße durch massenhafte, zellenreiche, gerinnende Exsudate. Die Bedingungen der Heilung für solche Prozesse können nur in einer lebhaften Beförderung der Blutzufuhr, in der reichlichen Durchtränkung und Durchströmung mit Blutflüssigkeit, in der die Endosmose und Exosmose und das Zellenleben günstig beeinflussenden feuchten Wärme, den reinigenden Umschlägen, gelegen sein.

Die wichtigste Aufgabe der Therapie wird es stets bleiben, die Zirkulationsbehinderung zu beseitigen, die Blutzufuhr zu dem erkrankten Organe zu vermehren. Es ergeben sich dafür bei einer individualisierenden Spezialdiagnose, wie wir gezeigt, sehr verschiedene Wege, und es können mehrere derselben gleichzeitig betreten werden.

Nur durch reiche Irrigation mit Blut, durch kontinuierliche Bähung im feuchten Dunste, durch lokale Treibhausverhältnisse, die man in den Geweben herstellt, kann oft einer ausgebreiteteren Nekrobiose entgegengewirkt und können die Bedingungen für die Heilung, Resorption, Organisation, Zellproliferation, Erweichung herbeigeführt werden.

Digitized by Google

Als den wichtigsten therapeutischen Faktor bei Behandlung chronischer Erkrankungen des Zentralnervensystems betrachtet Vf. die Kongestionierung des erkrankten Organs. Während das antikongestive und besonders das antithermische Verfahren, in den Anfangsstadien mancher entzündlicher und mit Reizerscheinungen einhergehender Affektionen der Zerebrospinalachse, geeignet ist, die Krankheitssymptome zu mildern; während gewisse neuralgische Affektionen und manche Krampfformen ein recht zuverlässiges Heilmittel in energischer Abkühlung des Krankheitssitzes finden; während namentlich bei hochgradiger Steigerung der Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes die intensive und konsequente Durchkühlung der Wirbelsäule ein fast sicheres Heilmittel ist, so erheischen doch die meisten chronischen Rückenmarksaffektionen ein entgegengesetztes Verfahren, die Hervorrufung einer konstanten Fluxion, zum mindesten einer vermehrten Blutzufuhr zu dem Rückenmarke.

In zahlreichen Fällen von Spinal- oder Zerebralerkrankungen, die in früherer Zeit und auch jetzt noch als unheilbar betrachtet wurden und werden, sieht man Besserungen und selbst Heilungen eintreten.

Außer dem wahrscheinlich adäquaten Reize auf die sensiblen peripherischen Nervenendigungen, den das laue Wasser ausübt und von welchem aus wahrscheinlich mäßige, nicht erschöpfende Innervationsimpulse dem Zentralorgane zugeleitet werden, sind es direkte Veränderungen der Ernährungsbedingungen im Zentralorgane, die solche nicht überreizende, die Vasomotoren in erhöhte Tätigkeit versetzende thermische Einwirkungen hervorrufen.

Es wird noch gar mannigfache Erkrankungsprozesse geben, bei denen die Hervorrufung von Fluxion zu dem erkrankten Organe als ein mächtiges Heilmittel sich bewähren wird. In erster Linie muß die Fluxion als das mächtigste Solvens und Resorbens angesehen werden. Nur von der Zirkulation aus kann Durchfeuchtung, Lösung und Aufsaugung von starren Exsudaten und Entzündungsprodukten eingeleitet und vermittelt werden. Welche große Reihe von Erkrankungsformen in der Fluxion und der Bähung im feuchten Dunst, wie solche durch entsprechende hydriatische Eingriffe bewirkt werden, Besserung oder Heilung finden können, bedarf wohl keiner detaillierten Aufzählung. Da es bei genauer Analyse der Ernährungsstörungen nicht schwer fallen wird, die passenden Fälle für diese Methode zu wählen, so beschränke sich Autor auf das bisher Angeführte.

Der hier referierte Artikel ist die wörtliche Reproduktion aus der vom Vf. im Jahre 1881 in Ziemssens „Handbuch der allgemeinen Therapie“ erschienenen Hydrotherapie, 2. Band, 3. Teil, p. 279 ff., Leipzig, F. C. W. Vogel.

Jeder Unbefangene wird zugeben, daß die Grundlagen für die jetzt so berechtigtes Aufsehen erregende Bier'sche „Hyperämie als Heilmittel“ in dem vom Vf. vor 25 Jahren erschienenen Buche enthalten sind. — (Bl. f. klin. Hydrotherapie Nr. 6, 1905.)

Chirurgie.

Narkose und Lokalanästhesie.

1. **Zur Aethernarkose.** Von Primararzt Tenner, Beneschau. Ref. A. Haas, München.
2. **Behandlung des Erbrechens nach der Chloroformnarkose mit Ergotininjektionen.** Von Dr. Grad, New-York. Ref. A. Haas, München.
3. **Ueber die geburtshilfliche Narkose.** Von Prof. Dr. Demelin, Paris. Ref. A. Haas, München.
4. **Lokalanästhesie durch Kataphorese und durch mechanischen Druck.** Von William James Morton, M. D., New-York. Ref. A. Haas, München.

1. Vf. verwendet seit fünf Jahren in seinem Krankenhause ausschließlich Aether zur Narkose, und zwar das Merck'sche Präparat. Bevorzugt wurde im letzten Jahre die Tropfmethode. Bei 1020 Narkosen kamen zwei nicht tödliche Asphyxien vor. Nach der Narkose trat einmal eine akute Psychose auf, mehrmals Bronchitiden und Pneumonien, die alle in Heilung ausgingen. Bei allen Narkosen wurde ein auffallendes Sinken der Temperatur während und nach der Narkose

Digitized by Google

konstatiert. Bei gesunden Individuen wurde nach der Narkose niemals Albuminurie beobachtet; bestehende Nephritiden erfuhren eine höchstens vorübergehende Verschlimmerung. Zum Schlusse wird der Aether gegenüber dem Chloroform als relativ ungiftiges Narkotikum warm empfohlen, insbesondere ist der Aetherrausch für kürzer dauernde Eingriffe mehr als bisher anzuwenden. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr., Nr. 6 und 7, 1905.)

2. Auf Grund seiner Erfahrungen sollen durch Ergotininjektionen Erbrechen und Uebelkeit nach der Narkose bedeutend seltener und milder als gewöhnlich auftreten. 0·65 Ergotin werden beim Beginn der Narkose und ebenso viel nach der Operation eingespritzt. — (Revue française de médecine et de chirurgie, Nr. 6, 1905.)

3. Es wird, um den Wehenschmerz auch bei normalen Entbindungen aufzuheben oder zu mildern, die Inhalation von ganz geringen Chloroformmegen vom Ende der Eröffnungsperiode an empfohlen, wenn die baldige Austreibung zu erwarten ist. Während der Wehenpause wird die Chloroformdarreichung eingestellt, so daß eine eigentliche Narkose nicht zustande kommt, höchstens ist eine solche im Moment, wo der Kopf durchschneidet, gestattet. Es sollen höchstens 50—60 g Chloroform verbraucht werden. Tritt während der Chloroformdarreichung Wehenschwäche in der Austreibungsperiode ein, so ist sofort damit aufzuhören. Vf. glaubt im allgemeinen nicht, daß bei richtiger Technik das Verfahren Wehenschwäche und Blutungen in der Nachgeburtsperiode begünstigt. — (Journal des Praticiens, Nr. 39, 1905.)

4. Die kataphoretische Applikation lokaler Anästhetika ist heute eine sichere und zuverlässige Methode für die kleine Chirurgie. Vf. verwendet Kokain oder Eukain in Lösung von Guajakol oder verdünnter Karbolsäure; bei Anwendung dieser Lösungsmittel wird die Zeit bis zum Eintritt der Anästhesie abgekürzt, und die Asepsis läßt sich leichter wahren, gegenüber den wässerigen Lösungen. Es genügt eine gewöhnliche galvanische Batterie von 24 Elementen. Die Elektrode zur Kataphorese nach Vf. besteht aus Blockzink; ihre Oberfläche ist wabenähnlich mit nicht völlig perforierenden Löchern versehen, auf diese Platte kommt eine Schicht Fließpapier. Bei einem Strom von 6 Milliampères tritt nach 6 Minuten eine für chirurgische Zwecke genügende Anästhesie ein.

Die Methode der Anästhesie durch Druck findet besonders Anwendung in der Zahnheilkunde. Es werden ebenfalls Guajakollösungen von Kokain benützt, denen zu gleichen Teilen Aether zugesetzt wird. Ein mit derartiger Lösung getränktes Gazebäuschchen wird in die kariöse Zahnhöhle gehalten und erzeugt genügende Anästhesie, um den Zahn schmerzlos ausbohren oder ohne Schmerz den Nerven extrahieren zu können. — (Medical News, Nr. 1679, 1905.)

Nervensystem.

1. Ueber Lumbalpunktion bei Gehirntumoren. Von Frederic Henri Moindrot. Ref. A. Haas, München.

2. Die Lumbalpunktion am Kinder-Hospital in Bordeaux. Von Marie Dubreuil. Ref. A. Haas. München.

3. Die chirurgische Behandlung von Krankheiten des Gehirns. Von Prof. Fedor Krause, Berlin, Ref. Lewisohn, Heidelberg.

4. Ueber Lähmungen im Anschluß an Frakturen. Von Wilhelm Scheuermann. Ref. Klar, Heidelberg.

1. In sechs Fällen von Gehirntumoren wurde die Punktion vorgenommen, stets in Seitenlage und mit feiner Kanüle; dadurch wird unangenehmen Zwischenfällen, wie sie zu rasche Entleerung veranlassen kann, vorgebeugt. Ein therapeutisches Resultat der Punktion war stets nur bei Ueberdruck nachzuweisen; aber auch dann natürlich nur palliativ und rasch vorübergehend. Der diagnostische Wert der Punktion war stets ein sehr großer. Entströmt die Zerebrospinalflüssigkeit im Bogen der Kanüle, so läßt dieses Verhalten den bestehenden Ueberdruck sicher erkennen, trägt also wesentlich zur Sicherung der Diagnose bei. Weitere Schlüsse erlaubt uns das Aussehen der aspirierten Flüssigkeit: Klarheit, Opaleszenz, blutige

Digitized by Google

Tinktion etc. Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen Fällen eine geringe Vermehrung der Lymphozyten, die sich leicht von deren starker Vermehrung bei entzündlichen Affektionen unterscheiden läßt. Dieses Verhalten kann in gewissen Fällen bei der Differenzialdiagnose zwischen funktionellen Neurosen und Gehirntumor von großer Wichtigkeit sein. — (Thèse de Lyon., 1904.

2. Die Technik war stets eine derartige, daß im vierten Intervertebralraum der Lendenwirbelsäule ungefähr ein Zentimeter von der Mittellinie entfernt, mit einem feinen Troikart, bei ganz kleinen Kindern mit einer 5—6 cm langen Punktionsnadel eingegangen wurde, und zwar stets beim sitzenden Patienten. Das Material der Instrumente ist am besten Platin. Es handelte sich in der Hauptsache um Fälle von tuberkulöser und von akuter Zerebrospinal-Meningitis. Auch hier hatte die Punktion niemals einen therapeutischen Effekt, sondern nur diagnostischen Wert. In der Mehrzahl der Fälle zeigte sich bei allen Meningitiden ein mittlerer Druck, d. h. die Zerebrospinalflüssigkeit verließ die Kanüle nicht im Bogen, sondern im rechten Winkel. Außer den Druckverhältnissen gestattet natürlich das Aussehen der Flüssigkeit weitgehende Schlüsse: bei der tuberkulösen Meningitis ist sie meist klar oder leicht getrübt, bei den nicht tuberkulösen Formen opaleszierend bis eitrig. Die mikroskopisch-zytologische Untersuchung ergab bei der tuberkulösen Meningitis stets eine sehr starke Lymphozytose, während bei den akuten Meningitiden im allgemeinen eine polynukleäre Leukozytose vorherrscht. Doch fand sich in einigen Fällen von tuberkuloser Meningitis neben der Lymphozytose auch Polynukleose, bei einigen akuten Fällen neben den polynukleären Zellen auch spärlich Lymphozyten. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde stets der direkte Weg, Sedimentierung und Färbung, gewählt; von fünf so untersuchten tuberkulösen Fällen wurde der Tuberkelbazillus nur einmal gefunden. Bei den akuten Fällen wurde einmal bei einer typhösen Meningitis der Eberth'sche Bazillus nachgewiesen. Bei mehreren chronischen nervösen Affektionen (Chorea, Idiotie, Little'sche Krankheit) ergab die Punktion normale Zerebrospinalflüssigkeit und keinen Anhaltspunkt für die Diagnose. — (Thèse de Bordeaux, 1904.)

3. Bei allen Kopfverletzungen ist die peinlichste Reinigung der Wunde von außerordentlicher Bedeutung. Man muß daher, unter Umständen durch Erweiterung der Weichteilwunde, das Wundgebiet gründlich freilegen, gelöste Knochensplitter entfernen, eine genaue Blutstillung machen etc. Die Verletzungen des Hirns, resp. seiner Häute ohne Weichteil- und Knochenverletzung sind meist sehr schwer richtig zu beurteilen. — Die operative Behandlung der traumatischen Epilepsie (Beseitigung eines Blutergusses, einer Depressionsfraktur oder von Zysten, resp. Narbenbildungen) bietet nur dann Aussichten auf Erfolg, wenn die Epilepsie noch nicht stabil geworden ist. — Bei Hirnabszessen muß man akute und chronische, die oft jahrelang bestehen können, unterscheiden. Sie entwickeln sich meist im Anschluß an Kopfverletzungen oder Otitiden, können aber auch bei allen möglichen Affektionen des übrigen Körpers vorkommen. Die Differentialdiagnose gegen Meningitis ist oft sehr erschwert. Fehlen von Nackensteifigkeit und größeren Temperatursteigerungen und negativer Befund der Lumbalpunktionsflüssigkeit sprechen für lokalisierten Abszeß. — Betreffs der so lehrreichen Ausführungen des Vfs. über die Hirngeschwülste sei auf das Original verwiesen. Ein großer Teil der Hirntumoren, besonders die der motorischen Region, lassen sich ja gut lokalisieren; bei anderen ist eine genaue Lokalisierung oft außerordentlich schwer, resp. unmöglich. Findet man den Tumor nicht, so ist trotzdem in vielen Fällen die Trepanation als Druckentlastung für die Patienten von großem Vorteil, indem sie zwar das Uebel nicht beseitigt, aber den Kranken von den schrecklichen Beschwerden (unerträgliche Kopfschmerzen etc.) befreit. Zum Schlusse weist Vf. auf die Bedeutung der faradischen Reizung bei Operationen wegen Jackson'scher Epilepsie oder subkortikaler Tumoren hin. —

Digitized by Google

(Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47, 1905.)

4. Nach subkutanen Frakturen kann die primäre Lähmung eines Nerven eintreten infolge der Quetschung der Weichteile und auch damit des Nerven, durch die den Bruch verursachende äußere Gewalt oder sie wird hervorgerufen durch Druck der dislozierten Bruchstücke auf den Nerven. Bei komplizierten Brüchen kann eine Zerreißung des Nerven oder eine Durchspießung durch ein spitzes Bruchstück eine Nervenlähmung hervorrufen. Sekundäre Lähmungen nach Knochenbrüchen entstehen durch Druck von Kallus- oder Narbenmassen auf den Nerven; hiebei kann der Nerv durch die kallösen, bezw. narbigen Massen entweder verdrängt oder in diese eingeschlossen sein.

Das Bild der Lähmung wechselt je nach dem Grade der Verletzung, bezw. Kompression des Nerven von der leichten Parese bis zur vollständigen Paralyse. Man darf sich aber dabei nicht irreführen lassen durch das Fortbestehen der Tastempfindung in dem Gebiete des gelähmten Nerven, da infolge der zahlreichen Anastomosenbildungen gerade für diese Funktion benachbarte unverletzte Nerven vikariirend einzutreten pflegen (Sensibilité supplée nach Létiévant). Dagegen sind die motorischen Störungen diagnostisch wichtig.

Nach Kompressionslähmungen ohne Kontinuitätstrennung des Nerven tritt schon nach 2—3 Monaten nach Beseitigung der Kompressionsursache Regeneration ein, vorausgesetzt, daß die Kompression nicht zu lange eingewirkt hat. Ist eine Kontinuitätstrennung erfolgt, so wird Anfrischung der Rißenden und Nervennaht notwendig, um eine Heilung zu erzielen. Im Anschluß an Nervenzerreißungen bei komplizierten Brüchen wurde auch Tetanus beobachtet; dieser verschlechtert natürlich die Prognose. In den Nerven eingedrungene Knochensplitter können starke Schmerzen verursachen, die man, wenn es sich um eine Extremität handelt, zuweilen nur durch Amputation beseitigen kann. Therapeutisch kommt zunächst, wenn man nach Heilung eines Bruches eine Lähmung bemerkt, Elektrisation und Massage in Betracht; versagen diese, dann muß man chirurgisch vorgehen, den Nerven aus komprimierenden Kallus- oder Narbenmassen lösen und ihn zwischen Weichteile betten oder, wenn nötig, die Nervennaht vornehmen; stark degenerierte Nervenstücke sind hiebei zu entfernen und die Lücke ist durch Dehnung der Stümpfe und danach deren Vereinigung durch paraneurotische Nähte auszufüllen oder man macht, wenn der Defekt zu groß ist, eine Nervenpfropfung oder eine plastische Nervenverlängerung (Autoplastie nerveuse à lambeaux nach Létiévant, der auch die Nervenpfropfung zuerst angegeben hat.) Später, nach Verteilung der Operationswunde, ist Massage, Elektrisation und Heilgymnastik bis zur vollständigen Regeneration des Nerven anzuwenden.

Aus dem Material der Münchener chir. Klinik teilt Vf. vier Fälle von Lähmungen nach Frakturen mit:

1. Eine primäre Ulnarislähmung bei einer Fractura supracondylica des Humerus, entstanden durch die Spannung des Nerven über einen Knochenvorsprung. Nervennaht, Restitutio ad integrum nach 6 Monaten.

2. Eine sekundäre Radialislähmung nach Humerusfraktur in der Höhe des Sulcus radialis. Ursache der Lähmung war die Fixation des Nerven in einer durch Knochenkallus gebildeten Rinne. Luxation des Nerven, Abmeiselung der Knochenränder.

3. Eine primäre Radialislähmung bei einer Rotationsfraktur des Humerus. Ursache: Druck des flötenschnabelförmigen spitzen zentralen Bruchendes auf den Nerven. Nach Abmeiselung der Spitze, vorgenommen drei Monate nach der Verletzung, und zweimonatlicher Nachbehandlung mit Elektrotherapie, Gymnastik und Massage, restitutio ad integrum.

4. Lähmung des Plexus brachialis nach Schlüsselbeinbruch an der Grenze zwischen dem mittleren und dem akromialen Drittel. Wie die Operation drei

Digitized by Google

Monate nach der Verletzung ergab, drückte die Spitze des akromialen Endes auf den Plexus, da keine knöcherne Vereinigung der Bruchenden eingetreten und somit eine Dislokation des akromialen Bruchendes nach hinten unten zustande gekommen war; Resektion des akromialen Bruchendes. — (Inaug.-Diss. München 1904.)

Zur chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowii. Von Dr. Shuttleworth, Toronto. Ref. Lewisohn, Heidelberg.

In vielen Fällen von Basedow'scher Krankheit läßt die interne Therapie vollkommen im Stich; da muß dann die chirurgische Behandlung eingreifen, die entweder in Unterbindung des größten Teils der zuführenden Gefäße oder in partieller Strumektomie oder schließlich in Resektion des Halssympathikus besteht. Die Erklärung des Krankheitsbildes ist immer noch ziemlich dunkel; wahrscheinlich bewirkt die innere Sekretion der Drüse eine Gefäßdilatation, im Gegensatz zum Nebennierenprodukt, das vasokonstriktorisch wirkt. Aehnliche Wirkung sieht man bei zu reichlicher Darreichung von Schilddrüsenpräparaten. Die Resultate der Operation am sympathischen Nervensystem sind noch sehr unsichere. Bei sämtlichen zu operierenden Basedow-Patienten kommen folgende Momente der Gefahr in Betracht: 1. die Hämorrhagie, 2. der akute Thyreoidismus und 3. die Allgemeinnarkose. Die starken Hämorrhagien beruhen auf der Brüchigkeit der Gefäße, der akute Thyreoidismus wird möglicherweise durch starke Absorption des Schilddrüsenprodukts von der Wunde aus, oder durch Expression größerer Mengen durch das Manipulieren am Kropfe bewirkt. Die Gefahr der Allgemeinnarkose beruht auf der so häufigen Degeneration der Herzmuskulatur. Daher wende man am besten Lokalanästhesie an und benütze im Notfalle Aether. Erscheint die Operation kontraindiziert, so kann man einen Versuch mit Röntgen-Therapie machen. — (The Canadian Practitioner Nr. 7, 1905.)

Gynäkologie.

Die Leukozytose und ihre Verwertbarkeit bei gynäkologischen Erkrankungen. Von Theodor Schmidt. Ref. Fritz Loeb, München.

In seiner Dissertation (Straßburg 1905) gibt Vf. als untere Grenze der für diagnostische Zwecke verwertbaren Leukozytose die Zahl 12.000 an. Zahlen von 12.000 und darüber beweisen Eiter oder Tendenz zur Eiterung; Zahlen unter 10.000 Nichteiterung. Ein diagnostisches Hilfsmittel bietet die Leukozytose vor allem in der Differentialdiagnose zwischen Pyosalpinx und Tubargravidität; Pyosalpinx und einfacher Adnexerkrankung; einfachem und entzündlich verändertem Ovarialtumor. Bei Leukozytenzahlen über 12.000 empfiehlt sich vaginale, bei Zahlen unter 10.000 abdominale Operation.

Die Metritis bei Neuvermählten. Von Dr. Sivedey. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. sondert von den gonorrhoischen und puerperalen Metritiden diejenigen ab, welche bei jungen Frauen gleich nach der Defloration entstehen. Der erste geschlechtliche Verkehr läßt auf der Vulva stets mehrere Tage anhaltende Veränderungen zurück. Das zerrissene Hymen ist der Sitz einer lebhaften Irritation, seine Reste sind geschwollen und blutig, die kleinen Labien sind rot und unterlaufen. Durch mangelnde Pflege (hauptsächlich auf der Hochzeitsreise in Hotels), sowie durch natürliche Schüchternheit dem Manne gegenüber, wird ein derartiger Zustand leicht vernachlässigt, so daß er zu einer Gebärmutterentzündung führen kann. Therapeutisch kommt nach S. dabei in Frage: Für einige Tage womöglich Bettruhe, sowie erweichende Irrigationen einer Abkochung von Mohn und Eibisch (zwei Köpfe Mohn und eine Hand voll Eibischwurzeln 20 Minuten in 3 l Wasser gekocht und auf 40—42° abgekühlt) mit einem Zusatz von 20 g borsaurem Natron und 50 g Kochsalz. Der Abguß soll erst vor dem Gebrauch bereitet werden. Bessert sich der Zustand, so sollen die erweichenden Irrigationen durch solche von 25 g borsaurem Natron und 6 g Tannin auf 2 l Wasser zweimal im Tage ersetzt werden.

Digitized by Google

Auch die Einlage von Tampons mit Tigenolglyzerin (1:5 oder 1:3), welche 12 bis 15 Stunden liegen bleiben, seien zu empfehlen. — (Journ. d. prat., Nr. 42, 1905.)

Geburtshilfe.

Ueber die Berechtigung zur Ausführung geburtshilflicher Eingriffe in Fällen von Geburtshindernissen beim engen Becken. Von Paul Bar. Ref. Königstein, Wien.

Die Arbeit bildet eine Fortsetzung, beziehungsweise Ergänzung zu der von demselben Vf. herrührenden Publikation „Ueber die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Embryotomie des lebenden Kindes". Vf. macht es sich in vorliegender Arbeit hauptsächlich zum Vorwurf, die Frage zu beantworten, ob der Geburtshelfer in Fällen, wo es sich um einen schweren Eingriff handelt, genötigt ist, etwaigen Wünschen der Gebärenden, bezw. der Umgebung nachzukommen. Zur Beantwortung dieses Themas stellt Vf. sechs Fragesätze auf. 1. Ist der Geburtshelfer verpflichtet, die Gebärende davon zu unterrichten, wenn er sich zur Ausführung einer Operation entschlossen hat? Vf. ist der Ansicht, daß dem Arzt, der mit der Leitung einer Entbindung betraut ist, damit noch lange nicht eine vollständige Freiheit des Handelns zusteht, sondern ihm die Verpflichtung auferlegt ist, die Gebärende über die jeweilige Sachlage vollkommen aufzuklären, besonders dann, wenn es sich um einen schweren Eingriff für Mutter und Kind handelt, widrigenfalls er das in ihn gesetzte Vertrauen mißbrauchen würde. 2. In welcher Weise ist die Gebärende über die Sachlage aufzuklären? Nach der Meinung des Autors genügt es nicht, der Gebärenden zu sagen, „man wolle ihr helfen", wenn auch von vielen anderen Autoren dieser Standpunkt vertreten wird, besonders dann, wenn es sich um einen schweren Eingriff handelt. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob besagte Hilfe in einer Beckenausgangszange oder in einer Sectio caesarea besteht. Man muß die Gebärende darüber unterrichten, was zu geschehen hat. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen hat nur der Arzt allein zu treffen, und es handelt sich nur darum, ob die Gebärende zu dem vom Arzte beabsichtigten Eingriff zustimmt oder nicht. 3. Ist der Geburtshelfer berechtigt, gegen den Willen der Gebärenden zu handeln? Unter keiner Bedingung. Wird sein Vorschlag zurückgewiesen, dann hat er von jedem weiteren Vorgehen abzustehen, denn nach den heutzutage herrschenden Gesetzen hat die Gebärende allein darüber zu entscheiden, ob sie sich der Operation unterziehen will oder nicht. 4. Was hat zu geschehen, wenn eine Gebärende die vorgeschlagene Operation zurückweist, jedoch eine andere verlangt; muß ihrem Wunsche nachgegeben werden? Im gegebenen Falle hat der Arzt ganz nach seinem Ermessen zu handeln. Er kann sich dem Wunsche fügen, wenn er es für zweckdienlich hält. Jedenfalls kann die Gebärende ebensowenig verlangen, daß der Arzt sich ihrem Entschluß fügt, als umgekehrt. 5. Inwieweit hat sich der Geburtshelfer nach dem Willen der Umgebung der Gebärenden zu richten? Wenn sich die Frau im vollen Besitze ihres Bewußtseins und freien Willens befindet, dann kommt die Meinung ihrer Umgebung nicht in Betracht. Im gegenteiligen Falle ist die Familie zu befragen, ausgenommen, wenn Notfälle vorliegen. 6. Darf der Geburtshelfer in Fällen, wo die Frau nicht im Vollbesitz ihres Willens ist, gegen den ausdrücklichen Wunsch ihrer Familie handeln? Nach der Ansicht des Vfs. hat sich der Arzt nur vom Interesse für Mutter und Kind leiten zu lassen, da er allein unabhängig und unparteiisch zu urteilen vermag. Ist die Umgebung der Gebärenden mit der vom Arzt in Vorschlag gebrachten Operation nicht einverstanden, so hätte sich der Arzt in Fällen, wo keine Gefahr in Verzug ist, an eine öffentliche Behörde zu wenden, um den nötigen Rückhalt zu gewinnen, falls die Umstände es verlangen sollten, auch gegen den Willen der Umgebung zu handeln. Erfordern die Verhältnisse, wie so oft in der Geburtshilfe, ein sofortiges Eingreifen, so soll der Arzt, falls die Familie der Gebärenden sich dem vorgeschlagenen Eingriff gegenüber absolut ablehnend ver-

Digitized by Google

hält, seine weitere Intervention verweigern, da er sonst nach den heutzutage bestehenden Gesetzen Gefahr laufen würde, mit großen Ersatzansprüchen behelligt zu werden. — (L'obstétrique, H. 3, 1904.)

Eine Dammschutzmethode bei der Geburt. Von W. J. Caie. Ref. G. Wiener, München.

Nach Aufzählung und Abschätzung der meistbekannten Dammschutzmethoden beschreibt der Vf. eine von ihm mit großem Erfolg ausgeführte:

Sobald der kindliche Kopf das Perineum mäßig ausgedehnt hat, wird das letztere, sowie die angrenzenden Partien sorgfältig mit einem heißen, sterilen Tuche abgetrocknet; jede Flüssigkeit muß entfernt werden. Im Augenblick, wo die Dehnung des Dammes ihr Maximum erreicht, wird die linke Hand des Geburtshelfers leicht auf den kindlichen Scheitel gedrückt, um jede plötzliche Ausstoßung des Kopfes zu vermeiden. Es ist dabei nicht nötig, den Arm zwischen die Schenkel der Mutter zu legen. Die rechte Hand faßt dann das Perineum in solcher Art, daß zwischen ihr und demselben ein heißes sterilisiertes Tuch eingelegt wird, und zwar so, daß der Rand der Höhle zwischen Daumen und Zeigefinger, der Rand des Handtuches und der des Perineums in einer Linie sind. Dabei wird in die Hohlhand eine doppelte Falte des Handtuches gelegt, und bei jeder Wehe wird dadurch ein fester Druck durch den bitemporalen Durchmesser des Kopfes ausgeübt. Der Zweck des Tuches ist, das Ausgleiten der Hand bei eventueller Schlüpfrigkeit zu vermeiden. — (Brit. med. Journ., Nr. 2333, 1905.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber eine Vorrichtung zum Ansaugen von Sekreten aus den Nebenhöhlen der Nase. Von Dr. O. Muck. Ref. Weil, Wien.

Die Luftverdünnung in Nase und Nasenrachenraum zum Zwecke der Aspiration von Flüssigkeiten ist als eine wichtige Bereicherung unserer diagnostischen und therapeutischen Behelfe in der Rhinologie anzusehen. Das Ansaugen geschieht durch einen Gummiballon. Zum Abschlusse der Nasenöffnungen hat Sondermann eine Maske aus Metall mit Gummirand angegeben, die verschiedene Uebelstände aufweist, besonders, daß sie sich nicht genügend rein halten läßt und daß in einzelnen Fällen die Nasenflügel an die Nasenscheidewand angesaugt wurden und dadurch eine Hyperämie der äußeren Nase erzeugt wurde. Vf. konstruierte eine sehr einfache Saugflasche aus Glas, bestehend aus einem zum Aufsaugen des Sekrets dienenden Ballon mit zwei Fortsätzen, deren einer (in drei Größen angefertigt) in ein Nasenloch eingeführt wird, während der andere zum Ansetzen des mit dem Gummiballon armierten Schlauches dient. Läßt man vom Patienten das andere Nasenloch zudrücken und mit Intonation eines K den Atem anhalten, so kann man die Aspiration sofort ausführen. Eine seitliche Oeffnung an der Verbindungsstelle zwischen Ballon und Fortsätzen, die während des Ansaugens mit einem Finger verschlossen werden muß, hat den Zweck, bei etwa auftretendem Schmerze sofort Luft eintreten zu lassen. Bei etwa vorhandener Trommelfellperforation und offener Tube muß man natürlich auch das betreffende Ohr zuhalten lassen. (Ob diese Manipulationen auch immer ganz unschädlich sind? Man kann sich recht wohl denken, daß aus einer erkrankten Nebenhöhle herausgesaugter Eiter beim Aufhören der Luftverdünnung in eine unmittelbar benachbarte gesunde Nebenhöhle aspiriert wird und diese infiziert. Anm. d. Ref.) — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 42, 1905.)

Zur Radiumbehandlung des Skleroms. Von Dr. Otto Kahler. Ref. Weil, Wien.

Nach den Erfolgen der Röntgen-Behandlung bei Karzinom und anderen Neubildungen wurde dieselbe natürlich auch beim Sklerom versucht; Fittig und nach ihm Ranzi haben in der Tat schöne Erfolge damit erzielt. Danach lag es nahe, auch die Wirkung der Radiumstrahlen auf das Sklerom zu prüfen. Vf. benützte dazu ein kleines Gefäß aus dünnstem Aluminiumblech in der Form eines halben hoh-

Digitized by Google

len Würfels, in den eine Aufschwemmung von 60 mg Radiumbromid in 1·5 cm^3 Xylol mit Zusatz von zwei Tropfen Damarlack eingefüllt wurde; nach Verdunstung des Xylols haftete eine durch den Damarlack festgehaltene dünne Schichte Radiumbromid an dem Boden des Gefäßes.

Mit diesem hat Vf. nun ein Sklerom der Oberlippe in Sitzungen von je 20 Minuten Dauer in der Weise behandelt, daß der Bestrahlungskörper mit Heftpflaster über der erkrankten Partie befestigt wurde; nach $2^1/_2$ Stunden Bestrahlungsdauer war ein isolierter Skleromknoten fast verschwunden.

Bei ausgedehnter Erkrankung wird die Röntgen-Behandlung jedenfalls rascher zum Ziele führen; die Bedeutung der Radiumbehandlung sucht Vf. aber in den Fällen von Sklerome des Larynx, der Trachea und des Naseninnern, die ja der ersteren nicht zugänglich sind. Er schlägt vor, an den Schrötter'schen Tubageröhren Radium anzubringen und so ihre mechanische Wirkung durch die oben festgestellte des Radiums zu unterstützen, sowie das Naseninnere mit stiftförmigen Bestrahlungskörpern zu behandeln. Vf. konnte diese Versuche aus Mangel an Radium nicht selbst ausführen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 32, 1905.)

Die Verlagerung der Luftröhre und des Kehlkopfes als Folge gewisser Veränderungen der Brustorgane. Von H. Curschmann. Ref. Weil, Wien.

Vf. hat schon vor Jahren die fühlbare Pulsation in der unteren Halsgegend dicht oberhalb der Incisura jugularis sterni beschrieben und sie auf eine Erweiterung des dazu noch meist in die Höhe gerückten Truncus anonymus, sowie auf den Aortenbogen selbst bezogen. Im Anschlusse hieran fand er, daß dadurch auch eine Verlagerung des Halsteiles der Luftröhre und selbst des Kehlkopfes nach rechts zustande kommen könne und demonstriert dieses durch entsprechende Frontalbilder und einen Horizontalschnitt. In einigen Fällen wurde er durch diese Verschiebung des Larynx, für die sich am Halse keine Ursache finden ließ, auf die Vermutung eines beginnenden Aneurysmas des Aortenbogens gebracht, die sich später als richtig erwies. Sehr eigenartig und bezeichnend ist auch der Befund bei Betastung der vorderen Halsteile. Während man beim Gesunden zu beiden Seiten von Kehlkopf und Luftröhre eingreifen und den gleichen Abstand von beiden Kopfnickern feststellen kann, findet man hier auf der Seite der Verschiebung diesen Raum verkleinert oder ganz geschwunden und auf der anderen Seite zwischen Larynx und Trachea einer- und dem Sternocleido mastoideus anderseits eine tiefe, oft schon von weitem sichtbare Lücke. Natürlich bezieht sich das alles nur auf normal gebaute Menschen; bei Deformitäten der Wirbelsäule und dergleichen ist eine solche Beobachtung wertlos. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1905.)

Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen mittels Saugapparaten. Von Dr. Oskar Prym. Ref. Weil, Wien.

Die Erfolge der Anwendung von Saugapparaten bei verschiedenen entzündlichen Erkrankungen brachten Vf. auf die Idee, das Verfahren auch bei Entzündungen der Tonsillen zu versuchen. Das Saugglas muß flach sein, damit es Uvula und weichen Gaumen nicht berührt; dann löst es auch keine Schluck- und Würgbewegungen aus. Der freie Rand muß glatt, darf aber nicht scharf sein; die Größe des Saugglases muß der der Tonsille angepaßt sein. Das Gummirohr führt natürlich zum Munde heraus. Das richtig sitzende Saugglas macht keine Schmerzen, nur starken Speichelfluß; deshalb lasse man die Kranken mit vorgebeugtem Oberkörper und Kopf sitzen oder auf dem Bauche liegen. Vf. läßt das Saugglas mehrmals hintereinander je fünf Minuten liegen, gegebenenfalls abwechselnd auf beiden Tonsillen. Gereinigt wird es mit Lysol und Auskochen, Gummirohr und Ballon mit Lysol und Sublimat.

In den meisten Fällen tritt sofort subjektive Erleichterung ein; dabei entleert sich trübe Flüssigkeit aus den Tonsillen, Pfröpfe aber nur ausnahmsweise. Patienten, die vorher keine Nahrung zu sich

Digitized by Google

nahmen, konnten wieder schlucken und essen. Einen Nachteil sah Vf. niemals von der Saugtherapie; sie erscheint ihm jedenfalls als Hilfsfaktor bei der Bekämpfung der entzündlichen Erkrankungen der Tonsillen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1905.)

Urologie.

Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgen-Bild. Von Dr. Voelcker und Dr. Lichtenberg. (Aus der Heidelberger chirurg. Universitätsklinik.) Ref. Lewisohn, Heidelberg.

Um die Form der Blase am Lebenden studieren zu können, haben die Vf. die Blase mit 2%iger Kollargollösung gefüllt und dann Röntgen-Aufnahmen gemacht. Das Kollargol wird nicht nur ohne Schmerzen gut vertragen, es ist sogar bei bestehender Zystitis ein sehr gutes Desinfiziens. Während sich die normale Blase als ein kegelförmiger Körper, dessen abgerundete Spitze nach unten liegt, erwies, zeigte die Blase bei Prostatahypertrophie eine unten breitbasige, abgerundete Form. In einem Falle fanden sich massenhaft kleine Divertikel. Ein sehr instruktives Bild wurde von einem kongenitalen Blasendivertikel gewonnen. Sehr anschaulich sind auch die Verziehungen der Blase bei großen Hernien und Prolapsen, was für die Beurteilung und das chirurgische Vorgehen in diesen Fällen von großer Wichtigkeit sein kann. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, 1905.)

Nephrektomie wegen Hydronephrose bei einem Kinde von vier Jahren. Von Puyhaubert. Ref. Viktor Blum, Wien.

Vf. demonstrierte in der Société d'Anatomie de Bordeaux das durch Nephrektomie gewonnene Präparat einer Hydronephrose, das von einem vierjährigen Mädchen stammte. Seit vier Monaten bemerkte die Mutter des Kindes eine Vergrößerung des Bauches an demselben, namentlich rechterseits. Der Arzt konstatierte einen mit Flüssigkeit gefüllten Tumor, der nach einem Monat verschwand. Später trat die Geschwulst wieder auf. Der Harn bot keinen pathologischen Befund. Getrenntes Auffangen der Harne beider Nieren war mit Rücksicht auf das zarte Alter des Kindes unmöglich. Die Untersuchung ergab einen prallgespannten Tumor der rechten Bauchseite, der das ganze Hypochondrium und die Fossa iliaca einnahm; derselbe war vollkommen beweglich und von der Leber deutlich abgrenzbar. Die Diagnose wurde auf Echinokokkuszyste gestellt. Durch eine Laparotomie erkannte man die wahre Natur des Tumors, eine Hydronephose mit etwa 1 l Inhalt, und so wurde die Nephrektomie durchgeführt. Heilung nach kurzer Zeit. Am Präparate sieht man, daß der Ureter an seinem Orificium pelvicum durch fibröse Stränge obliteriert ist. Die Aetiologie dieser Obliteration bleibt unbekannt. — (Journal de Médécine de Bordeaux, 3. Dez., 1905.)

Perinephritische Abszesse der Kinder. Von G. R. Curran. Ref. Viktor Blum, Wien.

Perinephritische Abszesse lassen sich in zwei Gruppen einteilen, solche, deren Ursache in pathologischen Veränderungen der Niere liegt, und solche, deren Ursache extrarenal gelegen ist. Die primäre, extrarenale Abzeßbildung ist äußerst selten und schwer zu diagnostizieren. Die Krankheit wurde schon bei Kindern im Alter von 5 Wochen beobachtet; die Mortalität ist äußerst hoch bei Kindern, die nur medizinal behandelt werden. In der Regel werden bei dieser Krankheit alle möglichen falschen Diagnosen gestellt. In 50% wird eitrige Entzündung des Hüftgelenkes und Femurs oder der Wirbelsäule diagnostiziert; in anderen Fällen Appendicitis, Typhus, Empyem, Lungenabszeß etc. Die eigentümlich versteckte Lage der Nieren bringt es mit sich, daß die Schmerzen nicht sogleich als Nierenschmerzen erkannt werden. Die Schmerzen strahlen in den Rücken, die Beine, Knie und ins Skrotum aus. Perinephritische Abszesse können verschiedene Ursachen haben. Traumen, Erkältung, Infektionskrankheiten und Verstopfung gelten als ätiologisch wichtige Faktoren. Bakteriologisch erwies sich der Prozeß hervorgerufen durch Pneumokokken, Gonokokken, Strepto- und Staphylokokken, Typhus, Tuberkulose und durch das Bacte-

Digitized by Google

rium coli comm. Die Infektion erfolgt auf dem Blut- oder Lymphwege. Die Nieren scheiden bei allen Infektionskrankheiten die meisten Bakterien aus, und lokale Störungen halten diese Organismen auf ihrem Wege in die Nieren auf und leiten sie in das perinephrale Gewebe. Namentlich bei Appendizitis kann es leicht zu diesen Formen der Abszeßbildung kommen. Auch die Steinkrankheit der Nieren und Ureteren kann Anlaß zu perinephritischem Abszeß geben. Der Abszeß breitet sich gegen den Ort des geringsten Widerstandes aus. Dem Zwerchfell folgend, führt er zu subdiaphragmalen Abszessen; er kann das Zwerchfell durchbrechen und als Empyema pleurae oder als Lungenabszeß sich manifestieren. Der Eiterungsprozeß kann sich längs des Psoas erstrecken, er kann gegen die Blase, den Darm und gegen die freie Bauchhöhle perforieren. Die Symptome sind ähnlich den Hüftgelenkseiterungen, Schwellung in der Flanke, Schmerzen in der Hüfte und im Knie, Schmerzhaftigkeit bei Bewegung des Beines; es besteht Lordose; ferner hohes Fieber, Prostration, Leukozytose. Die Leukozytose differenziert die Erkrankung von Hüftgelenkstuberkulose. Perinephritis und Perityphlitis lassen sich manchmal klinisch nicht unterscheiden.

Curran hat drei Fälle beobachtet; in einem Falle wurde auf Grund der unrichtigen Diagnose Appendizitis zuerst Laparatomie gemacht; ein anderer Fall galt durch lange Zeit als Rheumatismus. Die Inzision des Abszesses heilte alle Kranken. — (Internat. Journ. of Surgery, Nov. 1905.)

Augenheilkunde.

Radiumbehandlung.

1. **Die Anwendung des Radiums in der Augenheilkunde.** Von Darier. Ref. Jänner, Wien.
2. **Ueber die kosmetischen Vorzüge der Heilung vom Lidkrebsen durch Radium-Strahlen und die Methode der Behandlung.** Von Dr. Hans Kirchner. Ref. Jänner, Wien.

1. Seine Versuche begann D. im Jahre 1903 und kommt er zu folgendem Resultate: Auf die sensiblen Nerven des Auges wirken die Becquerel-Strahlen sehr oft schmerzstillend; auf die motorischen Nerven und auf die psychischen Zentren wirken sie auch erregend und regulierend. Auf die neoplastischen Gewebe (Epithelioma, Lymphadenom, Trachom, Lupus, Frühlingskatarrh) übt das Radium eine unleugbare Wirkung aus. Betreffs Infiltrate der Konjunktiva, Sklera, Kornea, sowie intraokulare Extravasate (Blutungen, Netzhautabhebungen) kann man noch kein sicheres Urteil abgeben. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 1.)

2. Das Radium ist ein Erdalkalimetall und bisher nur in seinen Halogensalzen rein dargestellt. Je reiner das Präparat, desto therapeutisch wirksamer, desto aktiver ist es. Das beste Präparat ist das von Professor Dr. Giesel eingeführte, in der Braunschweiger Chininfabrik (Buchler u. Co.) hergestellte Radiumbromid, das Milligramm derzeit zu 50 Mark. Jedes Radiumsalz sendet ununterbrochen Wärme und Licht aus; außerdem geht von ihm ständig eine unsichtbare Strahlung aus, die sich wieder aus drei von einander ganz verschiedenen Strahlenarten zusammensetzt: die α-, β- und γ-Strahlen. Die α-Strahlen werden schon von einem einzelnen Blatt Papier völlig aufgehalten, die β-Strahlen durch dringen spezifisch leichte Stoffe, wie Papier, Holz, Haut, teilweise auch Glas und dünne Metallfolien; die γ-Strahlen durch dringen alles, selbst dicke Bleiplatten; sie betragen nur einen minimalen Bruchteil der Gesamtstrahlung.

Dem Wesen nach sind die Radiumstrahlen mit den in den Röntgen-Röhren entstehenden identisch. Die α-Strahlen = Kanalstrahlen, β-Strahlen = Kathodenstrahlen, γ-Strahlen = Röntgen-Strahlen. Die drei Radiumstrahlenarten haben viel größere Geschwindigkeit und größeres Durchdringungsvermögen als die analogen Strahlen der Crookes'schen Röhren.

Die physikalischen und chemischen Haupteigenschaften der Radiumstrahlen faßt man unter dem Namen „Radioaktivität" zusammen. Beim Erwärmen oder Auflösen der Radiumsalze in Wasser wird ein in ihm aufgespeichertes Gas, die so-

Digitized by Google

genannte „Emanation", ausgetrieben, welches ebenfalls eine Zeitlang radioaktiv ist und alle Gegenstände, mit denen es in Berührung kommt, mit einem festen, ebenfalls einige Zeit lang radioaktiven Häutchen überzieht. Nähert man ein Radiumsalz im Dunklen dem Auge, so gewahrt man einen diffusen, schwachen, meergrünen Schimmer, selbst bei geschlossenen Lidern oder gar dazwischen geschobenen Gegenständen. Diese Strahlen sind aber nicht brechbar, daher sie zu keinem Bilde des gesehenen Gegenstandes gesammelt werden. Es ist daher ausgeschlossen, daß Blinde durch Radiumstrahlen Gegenstände sehen sollen. Auf der Haut sieht man auch nach langer Einwirkung der Radiumstrahlen zunächst keinerlei Veränderung; nach Verlauf von Stunden, eventuell Tagen rötet sich die Haut, soweit sie von den Strahlen getroffen ist, nach weiteren Tagen entsteht eine Blase, die sich nach längerem Bestand in ein Geschwür umwandelt, das zur Heilung Monate braucht. Die Intensität der Wirkung hängt in erster Linie (bei gleicher Radiummenge und unmittelbarem Aufliegen auf der Haut) von der Dauer der Bestrahlung, ferner von der Zartheit der Haut ab.

Sehr viel rascher und intensiver ist die Wirkung dieser Strahlen auf junges, keimendes und rasch wachsendes Gewebe. Auch hier sieht man zunächst gar keine Veränderungen an den bestrahlten Zellen oder Zellenkomplexen, und erst nach einem Latenzstadium treten Wachstumshemmungen, eventuell der Tod der Zellen ein. Damit erklären wir uns die Wirkung des Radiums auf die rasch wachsenden Zellen der Neoplasmen. Betont muß jedoch werden, daß man bei dieser Behandlungsart der Neoplasmen darauf achten muß, die Strahlen nicht zu lang, nicht zu stark einwirken zu lassen, da sonst nicht nur die Zellen der Neoplasmen, sondern auch die dazwischenliegenden und ihnen angelagerten Zellen des Grundgewebes beeinflußt, und zwar krankhaft beeinflußt werden.

Kirchner geht von dem Standpunkte aus: a) kleine Dosen Radium zu verwenden, b) die ganze neoplasmatische Masse, wenn auch in einzelnen, zeitlich auseinanderliegenden Sitzungen, genau zu bestrahlen, und zwar so, daß die ganze Partie bis ins gesunde Gewebe hinein bestrahlt wird, was um so leichter geschehen kann, da das gesunde Gewebe noch nicht reagiert, wenn die Bestrahlung in dem stark und rasch wachsenden pathologischen Gewebe schon volle Wirkung entfaltet.

Der von Kirchner gebrauchte Apparat war so konstruiert: 1 mg Radiumbromid, mit dem man jeweils eine Fläche von etwa 3 mm Durchmesser bestrahlen kann, liegt in einer winzigen Höhle eines Bleiblöckchens, welch letzteres eine ovale, 6 mm lange, 4 mm breite und 2 mm hohe Messingkapsel ausfüllt. Diese Messinghülle hat ein mit einem sehr dünnen Glimmerplättchen verschlossenes, ovales Fensterchen.

Zur Behandlung gelangten 1. ein ulzerierendes Kankroid des temporalen Lidwinkels bei einer 67jährigen Frau, 2. ein Rezidiv nach einem vor zwei Jahren plastisch-operativ behandelten Ulcus rodens im lateralen Lidwinkel bei einem 61jährigen Manne. In beiden Fällen wurde voller Erfolg erzielt. — (Die Ophthalmol. Klinik, Nr. 10, 1905.)

Dermatologie.

Arzneiexantheme.

1. **Jododerma tuberosum.** Von E. Hoffmann. (Berl. derm. Ges. 13. Dez. 1904.)
2. **Jodisme tubereux.** Von Hallopeau und Vielliard. (Ann. d. Derm. et d. Syph. 1904, p. 441.
3. **Epitheliomähnliche Jodkalieruption.** Von Dr. W. Montgomery. (Journ. of Cut-Dis. XX, Nr. 2.)
4. **Ein Fall von Jodpemphigus mit Beteiligung der Magenschleimhaut.** Von R. Polland. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1905.)
5. **Jodausscheidungen nach großen Jodkaliumdosen.** Von Sophie Lifschitz. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 75, p. 353.)
6. **Zur Frage des Jodismus.** Von M. P. Gundorow. (Arch. f. Derm., Bd. 77, p. 25.)

Zu dem reichen Material der experimentellen Pharmakologie steuern seit geraumer Zeit in steigender Häufigkeit und

Digitized by Google

Vielgestaltigkeit Veränderungen bei, welche unter der Einwirkung intern und äußerlich applizierter Medikamente die allgemeine Decke und ihre Adnexe zum Angriffspunkte haben. Aus der Verfolgung der Krankheitsbilder pharmakotoxischer Provenienz sind der dermatologischen Diagnostik neue Aufgaben erstanden, welchen sie durch die Charakteristik einzelner, stets unverändert wiederkehrender Läsionstypen heute bereits bis zu einem gewissen Grade gewachsen ist. Anderseits ist nach der Richtung von dem steten Zuwachs weniger geläufiger kutaner Manifestation chemischer Arzneimittel nur eine weitere Vervollkommnung zu erwarten und hiemit gleichzeitig auch eine weitere Möglichkeit für den bisher nur mangelhaft angebahnten Einblick in die Pathogenese und Entwicklungsweise dieser interessanten Erkrankungsformen.

Wohl am besten erforscht sind nach der klinischen und pathologischen Seite hin jene formenreichen Hautprozesse, welche unter dem Einflusse toxischer und medizinaler Mengen der verschiedenen Jodpräparate zustande kommen, was bei der enormen Ausbreitung der Jodtherapie, der Leichtigkeit des Jodnachweises und der Kenntnis der Ausscheidungswege vollauf begreiflich erscheint. Von den flüchtigen Haut- und Schleimhauterythemen und den diskreten Akneformen angefangen, bis zu den purpuraähnlichen Ausbrüchen, phemphigoiden Blasenausschlägen, der Mykosis fungoides ähnelnden Geschwulstbildungen und umfangreichen, gangränösen Zerstörungen, sind in gradueller Abstufung die verschiedensten Krankheitsbilder beschrieben und gewürdigt worden. Mit größerer Schärfe heben sich in neuerer Zeit einzelne Typen der Jodausbrüche ab, die bei der tumorähnlichen Wucherung der Gewebsprodukte und der proliferativen Mitbeteiligung innerer Organsysteme in früherer Zeit der Agnoszierung die größten Schwierigkeiten bereiteten und für falsche Vermutungen die reichsten Anhaltspunkte boten.

Aus der Gruppe dieser klinisch und morphologisch gleich belangreichen Formationen haben in jüngster Zeit Halloopeau, Hoffmann und Montgomery interessante Repräsentanten zu sehen bekommen. Montgery **(3)** verfolgt einen ähnlichen entzündlichen Granulationstumor bei einem mit gummösem Syphilid behafteten Manne, bei welchem nach lange fortgesetztem Jodkaligenuß eine ausgebreitete Joddermatitis ausbrach. Ueber der linken Augenbraue kam es zur Bildung einer stark vorspringenden Geschwulst, die im mikroskopischen Bilde eine bedeutende Epithelproliferation aufwies. Noch exzessiver ist das von Hallopeau **(2)** geschilderte Auftreten von, das Gesicht in symmetrischer Anordnung bedeckenden, über kirschgroßen Knoten, die gleichfalls bei einem Manne im Verlaufe einer protrahierten Jodkalimedikation zur Bildung gelangten. Hoffmann **(1)** stellt unter der Diagnose Jododerma tuberosum einen 35jährigen Mann vor, der früher luetisch infiziert, im Sommer 1904 auf eigene Hand Jodkali nahm. Mitte Oktober zeigte sich auf der rechten Wange eine fünfmarkstückgroße, serpiginös begrenzte, mit Geschwüren und papillären Wucherungen bedeckte Intumeszenz. Bei der ursprünglichen Annahme, daß es sich um Syphilis handle, wurde Jodkali weiter gegeben. Das zunehmende Wachstum der Geschwulst ließ diese Vermutung als unrichtig erscheinen. Seit Sistierung der Jodbehandlung war ein Rückgang der Geschwulst zu verzeichnen. Mikroskopisch zeigte sich ein entzündliches Granulom in der Kutis, welches neben eosinophilen Zellen auch zahlreiche große, vielleicht aus Gefäßendothelien entstandene Riesenzellen enthielt.

Für die Art des Zustandekommens der Gewebsschädigung werden aus diesen Beobachtungen leider keine weiteren Hinweise abgeleitet, so daß die Fragen, ob die Jodverbindungen durch die Hautausscheidung des sich abspaltenden freien Jodes ihre Reizwirkung äußern, oder das Jod von dem Blutstrome aus auf den Gefäßnervenapparat wirkt, oder aber (nach der Annahme Besniers) die Joderscheinungen auf reflektorischen Vorgängen beruhen, nach wie vor der definitiven Entscheidung entraten.

Digitized by Google

Eine Weiterung der pathogenetischen Auffassung des Jodismus in den kutanen und intestinalen Formen bahnen die interessanten Beiträge Pollands und Gundorows an. Die Krankengeschichte und der Sektionsbefund eines Falles der Grazer medizinischen Klinik lenkten neuerdings die Aufmersamkeit auf Phänomene der toxischen Jodeinwirkung hin, welche bisher nur in der einzig dastehenden Wahrnehmung J. v. Neumanns unter dem Bilde einer tuberkulösen Dermatitis und ulzerösen Erkrankung der Magenschleimhaut in Erscheinung traten. In vollständigem Einklange mit den Daten Neumanns waren auch hier bei einem an chronischer Nephritis leidenden Patienten im Terminalstadium bei starken Oedemen und mangelhafter Harnausscheidung nach dem Gebrauch relativ geringer Jodgaben im Gesicht und an den Händen Blaseneruptionen aufgetreten, die sich in Geschwüre mit wallartig infiltrierten Rändern umwandelten. Auch hier war die Magenschleimhaut der Sitz von Efflorescenzen und Geschwüren, deren verschiedene neben einander gestellte Entwicklungsstadien dem Charakter nach völlig den Hautläsionen entsprachen. Für die Entstehung des Jodismus möchte Polland **(4)** die verlangsamte Eliminierung durch die hochgradig alterierten Nieren und die durch konsekutive Herzveränderung bedingte Stauung im Kreislauf verantwortlich machen. In der bei Nephritis reduzierten Fähigkeit der Haut, in ihr deponierte reizende Substanzen fortzuschaffen, wäre ein weiteres provokatorisches Moment zu erblicken. Freilich müßte hiefür der Nachweis der gesteigerten Jodaufspeicherung in den Efflorescenzen erbracht werden, was in dem Falle Pollands unterblieb. Ein anderes Beispiel der Jodaffinität gewisser Texturen liefert Gundorow **(6)**, der bei einem 26jährigen Luetiker nach geringen Jodkalidosen nebst mehrfachen Hautveränderungen eine hochgradige Thyreoiditis auftreten sah. Eine Intoxikationsform, die sich an die Jodreaktion anderer drüsiger Organe anreiht, von welchen wir nur die von Trautmann, Fürth, Grön und Anderen beobachtete Jodparatitis hervorheben möchten. Auch G. ist bestrebt, den Wegen nachzugehen, welche zur Lösung des Rätsels der Idiosynkrasie führen könnten und vermeint die bei Syphilitischen bestehenden Gefäßstörungen und interstitiellen Veränderungen der inneren Organe für den Jodismus verantwortlich machen zu können. Doch würde selbst beim Zutreffen dieser Voraussetzung nur ein kleiner Bruchteil der bei den verschiedensten Grundprozessen und vielleicht auch bei normalen Gewebszuständen auftretenden Jodphänomene eine befriedigende Interpretation erfahren. Auch die vielfach geltend gemachte, aber durch nichts bewiesene Hemmung der Jodausscheidung unter pathologischen Bedingungen vermag die Nebenwirkungen des Medikaments dem Verständnisse kaum näher zu bringen, wenn man sich gegenwärtig hält, daß die meisten Gewebsstörungen durch solche Dosen der Jodverbindungen verursacht werden, welche weit unter den im allgemeinen anstandslos vertragenen Quantitäten stehen. Ueberdies ist die Jodausscheidung bei der Jodkalimedikation schon unter normalen Bedingungen eine von der Individualität abhängige, die großen Schwankungen unterworfen ist. Die jüngsten Untersuchungen von Lifschitz **(5)** ergeben, daß die Jodkaliumausscheidung durch den Harn eine intermittierende ist und je nach der Dauer der vorhergehenden Kuren wenige Tage bis mehrere Wochen fortbestehen kann. Daß die Erscheinungen des Jodismus ohne Beeinträchtigung der Ausscheidung im Harn auftreten können und die Jodkaliretention hiebei keine Rolle spielt, geht aus dieser sorgfältigen Untersuchungsreihe überzeugend hervor.

Nach alledem haben wir nach wie vor mit dem unzugänglichen, in seinem Wesen unergründlichen Faktor der Idiosynkrasie zu rechnen, zu dessen Charakterisierung Besnier den geistvollen Ausspruch geprägt: „Ce n'ést pas le medicament, c'est le malade qui fait l'eruption."

N.

Digitized by Google

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Aetiologie.

1. **Ueber das Vorkommen von Spirochaeten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten.** Von P. Mulzer.
2. **Die Spirochaeten bei Syphilis.** Von H. Ploeger.
3. **Weitere Spirochaetenbefunde bei Syphilis.** Von Rille und A. Vockerodt.
4. **Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei Syphilis.** Von C. Fraenkel.
5. **Ueber die Anwesenheit der Spirochaete pallida in sekundär-syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbemethoden.** Von J. Bondi und Fr. Simonelli.
6. **Ueber Spirochaetenbefunde bei Syphilis.** Von Rille.
7. **Ein weiterer Spirochaetenbefund bei hereditärer Lues.** Von Dr. Reischauer.
8. **Ueber pathologische Veränderungen und Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis.** Von V. Babes und J. Panea.
9. **Zum Nachweis der Spirochaete pallida im Blute Syphilitischer.** Von C. T. Noeggerath und R. Staehelin.
10. **Spirochaete pallida (Schaudinn) und Syphilis.** Von B. Kiolemenoglou und F. v. Cube.
11. **Kritische Bemerkungen zur Spirochaete pallida bei Syphilis.** Von Curt Thesing.

1. Die vorliegenden Untersuchungen wurden auf Veranlassung E. Hoffmanns ausgeführt, in der Absicht, festzustellen, 1. ob der Nachweis der Spirochaete pallida an der Oberfläche infektiöser, syphilitischer Krankheitsprodukte regelmäßig möglich ist und unter welchen Umständen er mißlingt; 2. ob die Spirochaete pallida bei anderen Krankheiten stets vermißt werde, und 3. ob die Spirochaete pallida von den übrigen in der Genitalgegend und sonst vorkommenden, längst bekannten Spirochaeten stets unterschieden werden kann.

Das Untersuchungsmaterial wurde von den betreffenden erkrankten Partien in dreifacher Form gewonnen: als einfaches Klatschpräparat von vorher nicht gereinigten Stellen, nach Reinigung und Abspülung des oberflächlichen Sekrets durch Reiben mit einer starken Platinöse als sogenanntes Reizserum und schließlich als mit scharfem Löffel gewonnenes Geschabe. In 22 Fällen von Syphilis ergab die Untersuchung bloß in zwei Fällen ein negatives Resultat; der eine der Fälle wird dadurch erklärt, daß der erste negative Ausfall auch den ersten vom Autor untersuchten Fall betraf, wo die mangelnde Uebung und auch der Umstand, daß bloß ein Klatschpräparat untersucht wurde, ein Uebersehen wahrscheinlich macht; der zweite Fall, in dem es sich um Darstellung der Spirochaete aus einer Roseolaefflores-zenz handelte, aber verlief wahrscheinlich darum negativ, weil der Autor nicht, den Erfahrungen Hoffmanns entsprechend, durch vorsichtiges Abschaben Gewebssaft, sondern reines Blut zur Untersuchung gewonnen hatte.

Die Kontrolluntersuchungen über das Vorkommen der Spirochaete bei Gesunden oder in nicht syphilitischen Krankheitsprodukten ergab folgende Resultate: Im Smegma von 15 gesunden Individuen (10 Männer, 5 Frauen) fanden sich keine Spirochaeten, ebensowenig in weiteren 15 verschieden erkrankten Fällen; in einem Falle von Balanitis circinata wurden kurze, mit 2—4 Windungen versehene, dicke, dunkel gefärbte Spirochaeten in großer Anzahl nachgewiesen, sie fehlten im Punktionssaft der Leistendrüsen. Ganz flache und unregelmäßig gewellte, schwach tingierte Spirochaeten fanden sich auch in einem Falle von spitzen Kondylomen. In zwei operativ entfernten Ca-Geschwülsten des Zervix sind viele Spirochaeten nachweisbar, die meisten grob, dick und stark gefärbt, einzelne dünner und schwach gefärbt, jedoch unregelmäßig gewunden. Unter im ganzen 56 Fällen finden sich auf diese Weise acht, in welchen Spirochaeten nachweisbar sind, es waren dies die eben skizzierten Fälle von Balanitis circinata, Papillom und Ca., doch war die Unterscheidung dieser Spirochaeten gegenüber der pallida immer leicht möglich, und zwar sowohl durch die angenommene Färbung, als auch durch die flachen, unregelmäßigen Windungen.

Ist es nun möglich, die Spirochaete pallida mit Sicherheit von der groben

Digitized by Google

Form zu unterscheiden? Von anderer Seite (Kiolemenoglou und v. Cube) wurde bereits behauptet, daß die typische Spirochaete pallida sich auch bei anderen Affektionen finde; doch meint der Autor, mit Hoffmann annehmen zu können, daß das sicherlich Täuschung sei, die durch Formen zustande käme, die tatsächlich der Pallida sehr ähneln und die er darum Pseudopallida nennen möchte; gute Färbungen und Mikrophotographien müßten hier den Ausschlag geben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36, 1905.)

2. Der Autor beschäftigt sich zunächst eingehend mit den Angaben über die Länge der Spirochaeten; dieselbe zeige durchwegs nicht gleichgiltige Schwankungen, 4—10—14 μ, dann wurden kürzere, aber auch viel längere Formen entdeckt, es wäre daher viel wichtiger, die Länge einer Windung zu fixieren und einfach die Anzahl der Windungen anzugeben. In dieser Beziehung würde man gut tun, Formen festzustellen, deren Windungslänge sich nahe bei 1 μ halte, während alles, was mehr bei 2 μ und darüber liegt, als refringensverdächtig angesehen werden müßte.

Als einfachste Färbung, die gestattet, in wenigen Minuten ein Präparat fertigzustellen, diente die von Czaplewsky für die Gram'sche Methode angegebene Karbolgentianaviolettlösung (10%ige konzentrierte alkoholische Gentianaviolettlösung in $2^1/_2$%iger Karbollösung), in welche das Präparat, eventuell auch ohne Fixierung, für eine Minute getaucht wird, hernach wird mit Wasser abgespült. Die Spirochaeten erscheinen blaß lila gefärbt.

Wir möchten weiters nur erwähnen, daß der Autor neben einer Reihe positiver Resultate in Primäraffekten, Leistendrüsen, Papeln, auf den Tonsillen, negative Ergebnisse hatte in drei Fällen von Gumma, in einem Falle im Nasenschleim eines hereditär-luetischen Kindes und endlich auch bei einem mächtig geschwellten Lymphstrang. Ploeger, der die von v. Cube und Kiolemenoglou demonstrierten Spirochaeten von Ca., skrofulodermatischen Abszessen, Balanitis etc. gesehen hat, erklärt, man müsse zugeben, daß eine Unterscheidung von den bei Lues gefundenen nicht ohneweiters möglich sei. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29, 1905.)

3. Die Autoren betonen, daß sie zuerst den Befund von Spirochaeten in extragenitalen Primäraffekten, in Effloreszenzen der Psoriasis palmaris, in nässenden Papeln zwischen den Zehen und in Papeln an der Kopfhaut hiemit erbringen. Uns scheint eher der Betonung wert, daß ein Fall von Syphilis haemorrhagica, sowohl intra vitam, als auch post mortem untersucht, negativ verlief. Auch ein Fall von Osteoperiostitis gummosa der Schädelknochen ergab ein negatives Resultat. Eine Modifikation der Spirochaetengestalt durch Quecksilbertherapie wurde nicht beobachtet. Auch die mehrtägige Applikation von schwacher Karbollösung oder von verdünnter, essigsaurer Tonerde auf syphilitische Wundflächen ergab keine Veränderung im Spirochaetenbefund. Ein ausführlich beschriebener Fall von 7 bis 8jähriger Syphilis, dessen klinische Erscheinungen übrigens dem sonst wohl konstatierten Alter der Krankheit nicht entsprachen, ist bezüglich des Spirochaetenbefundes, wie die Autoren selbst zugeben, nicht ganz eindeutig. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1905.)

4. Der Autor war in der Lage, in sechs Fällen von Syphilis die Anwesenheit der Spirochaete pallida festzustellen, während sie sich in den Kontrolluntersuchungen — venerische Papillome und anderes Material betreffend — nicht fand. Bei der Prägnanz der Befunde steht er nicht an, der sicheren Ueberzeugung Ausdruck zu verleihen, die von Schaudinn und Hoffmann zuerst beschriebenen und entdeckten Spirochaeten seien in der Tat als die Ursache der Syphilis anzusehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1905.)

5. Aus der vorliegenden Mitteilung sei hervorgehoben: Zweimal fanden die Autoren in einem dem Grunde von

Digitized by Google

Schleimhautplatten entnommenen Material spärliche, körniges Protoplasma aufweisende Zellen, die mit blassen Spirochaeten angefüllt waren; diesem Befund legen die Autoren die Bedeutung eines wirklichen Zellparasitismus bei, was dem entspreche, was man bei Tuberkulose, Rotz und Lepra konstatiert habe.

Neben der Giemsa'schen Färbung benutzten die Autoren noch eine Reihe von anderen Färbungsmethoden, so alle in der bakteriologischen Praxis gebräuchlichen alkoholischen Lösungen der gewöhnlichen Anilinfarben, wobei die Präparate in Alkohol oder in der Hitze fixiert wurden, worauf die Farblösung bei Hitze bloß wenige Sekunden einwirkte. Sie finden, daß sich die Spirochaeten auf diese Weise rascher und intensiver färben als bei der Giemsa-Färbung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, 1905.)

6. Die an der Leipziger Klinik bald nach der Publikation Schaudinns aufgenommenen Nachprüfungen ergaben in der ersten Zeit bei Primäraffekten, breiten Kondylomen und Leistendrüsen durchwegs negative Resultate, wie dem Autor scheint, wegen nicht strikter Befolgung der von Schaudinn gegebenen Vorschriften. Als aber die Färbungen nach E. Hoffmann mit verdünnter Giemsa-Lösung vorgenommen wurden, kamen die ersten positiven Erfolge. Im ganzen hat Rille sechs positive Beobachtungen zu verzeichnen, und zwar bei drei Primäraffekten des männlichen, bei einem des weiblichen Genitales und je einmal bei Skleradenitis inguinalis und breiten Kondylomen. Auch in dieser zweiten Serie von Fällen fehlt die Angabe, ob dies überhaupt alle untersuchten Fälle sind oder ob einzelne negativ verliefen. Im übrigen gibt der Autor seiner Anschauung Ausdruck, daß aus der Zusammenfassung der bis nun in der Literatur bereits vorliegenden Untersuchungen, die wohl vielleicht im einzelnen nicht beweiskräftig wären, doch die Spezifität der in Rede stehenden Mikroorganismen erschlossen werden könnte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29, 1905.)

7. Die Untersuchung fand an einem totgeborenen Kinde einer luetischen Mutter statt. Es wurden Ausstrichpräparate von frischen Schnittflächen der Leber, Milz, Nieren und Lungen gemacht. Bei den von der Leber stammenden Präparaten fanden sich fast in jedem Ausstrich mehrere typische Spirochaeten, ganz vereinzelt in der Milz und in der Lunge, keine dagegen in der Niere und im Blut. Auch anatomisch zeigte die Leber die weitgehendsten Veränderungen. Versuche, die Spirochaeten in Schnittpräparaten darzustellen, mißlangen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34, 1905.)

8. Es handelt sich um drei Fälle von kongenitaler Syphilis, von denen die ersten beiden unter reichlichem Nasenbluten (hämorrhagische Form der hereditären Syphilis) starben, das dritte Kind wenige Minuten nach der Geburt dem Tode erlag. Die anatomische Untersuchung aller Fälle ergab die wohlbekannte Tatsache, daß die kongenitale Syphilis fast kein Organ verschont und überall hochgradige Veränderungen hervorruft. In den hämorrhagischen Formen betreffen diese Aenderungen auch das Blut und die blutbildenden Organe, insoferne als das Blut einen ganz eigentümlichen leukämischen Typus aufweist; auch zeigt sich in diesen Fällen das Zellprotoplasma gewisser Blutzellen eigentümlich verändert, indem es wellige Fäden bildet, die als Parasiten imponieren könnten. Allenthalben nehmen die Veränderungen von den Gefäßen ihren Ausgang und manifestieren sich namentlich in der Form fibroplastischer Wucherungen, daneben finden sich seröse hämorrhagische und entzündliche Produkte und endlich parenchymatöse Degeneration. Der Schwere der Fälle entspricht es, daß fast alle Organe erkrankt waren. Alle drei Fälle wiesen ausgebreitete syphilitische Pneumonie auf, schwere Veränderungen der Leber, der Milz, der Knochen, Schwellung der Lymphdrüsen und der follikulären Apparate und endlich auch der Nebennieren. In den hämorrhagischen Fällen konnten aus manchen Organen Streptokokken gezüchtet werden, was ja wohl nicht ohne Einfluß auf den Verlauf geblieben ist.

Digitized by Google

In Bezug auf den Spirochaetenbefund ist die Untersuchung der drei Fälle nicht gleichwertig, erst der dritte Fall wurde diesbezüglich gründlicher vorgenommen und dabei festgestellt, daß bei genügend intensiver Behandlung die Spirochaete sich nach dem Romanowsky-Verfahren darstellen lasse. Zieht man hinzu, daß die Spirochaeten sich nicht an der Oberfläche des im übrigen sterilen Organismus, sondern in den am meisten affizierten Organen und auch im Blute nachweisen lassen und daß bei anderen Neugeborenen keinerlei Spirochaeten in den inneren Organen gefunden werden, so scheint damit eine weitere Stütze für die Annahme einer wesentlichen Rolle der Spirochaete in der Aetiologie der Syphilis gegeben. Im ersten Falle konnte Spirochaete pallida nachgewiesen werden, im zweiten fehlte sie, doch wird dieser Umstand der ungenügenden Technik zugeschrieben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28, 1905.)

9. Von dem Gedanken ausgehend, daß das Durchsuchen einzelner Blutstropfen wenig Aussicht auf Erfolg biete, fingen die Autoren nach dem Vorgang Stäublis mindestens 1 cm^3 Blut aus dem Ohrläppchen oder einer Vene in der zehnfachen Menge einer $^1/_3$%igen Essigsäure auf, zentrifugierten, fertigten aus den verschiedenen Schichten des Zentrifugierten Ausstrichpräparate an, die mittels Giemsa-Lösung gefärbt wurden. Auf diese Weise wurden — und zwar nur im Bodensatz des Zentrifugierten — Spirochaeten gefunden, in jedem Präparat zu ungefähr 1—3 Exemplaren, in je etwa 30 Gesichtsfeldern. In drei untersuchten Fällen von sekundärer Syphilis war der Erfolg ein positiver. In sechs Kontrollfällen, progressive Lungenphthise, jauchiges Karzinom der Tonsille, generelles, nässendes Ekzem, ausgebreiteter, jauchiger Dekubitus, hatten sie negative Resultate. Betont wird allerdings von den Autoren, daß manchmal Gebilde zu sehen wären, die mit der Spirochaete pallida verwechselt werden könnten, und nur bei großer Uebung und unter Zuhilfenahme starker Okulare (Zeiß Comp. 12) gelinge die sichere Unterscheidung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31, 1905.)

10. Die Autoren haben die Befunde von Schaudinn, Hoffmann und anderen nachgeprüft und konnten das Vorhandensein der Spirochaete pallida in luetischen Produkten unzweifelhaft bestätigen. Aber auch die negativen Untersuchungen dieser Autoren wurden der Nachprüfung unterzogen, und da ergaben sich wesentliche Abweichungen. Unzweifelhaftes Vorkommen der Spirochaete pallida wurde festgestellt: 1. bei einer Reihe luetischer Bildungen; 2. im balanitischen Sekret einer entzündlichen Phimose (bedingt durch einen larvierten Primäraffekt?); 3. im Eiter eines gonorrhoischen Abszesses der Bartholin'schen Drüse einer Person mit Leucoderma colli specificum; 4. bei einfacher Balanitis; 5. im Eiter von skrofulo-dermatischen Abszessen; 6. in den Zerfallsprodukten eines jauchigen Karzinoms; 7. im Safte von spitzen Kondylomen. Negative Resultate hatten die Autoren bei akuter Gonorrhoe, im Blute luetischer Individuen, bei Acne vulgaris, Impetigo Bockhart, Sputum von Phthisikern u. s. w.

In all den angeführten Fällen fand sich neben der Spirochaete pallida noch die Spirochaete refringens in zahlreichen Exemplaren. Ueberdies betonen die Autoren, daß es ihnen in vielen Fällen gelang, in dem gleichen Gesichtsfeld neben der Spirochaete pallida und refringens auch noch andere zahlreiche atypische Spirochaetenformen darzustellen, die bezüglich ihrer Größe, der Tiefe und Breite ihrer Windungen, ihres Tinktionsvermögens mit keiner der beiden identifiziert werden konnten, während andere wieder sich dem Aussehen nach so zwischen beiden hielten, daß die Entscheidung, ob pallida oder refringens, schwer oder unmöglich war. In den Schnittpräparaten fanden sich beide Formen der Spirochaeten beim spitzen Kondylom, aber bloß zwischen den einzelnen Teilen der Wucherung in den interpapillären Smegmamassen. Auf Grund dieser Befunde sind die Autoren geneigt, anzunehmen, daß die atypischen

Digitized by Google

Formen der Spirochaeten und die refringens sicherlich bloß Saprophyten seien und daß auch für die Pallida der Gedanke an ein saprophytisches Vorkommen nicht von der Hand zu weisen sei. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 27, 1905.)

II. Die Bedenken, die Vf. vom zoologischen Standpunkte gegen die Spirochaete pallida und ihre Eigenschaften als Erreger der Syphilis erhebt, sind in Kürze folgende:

a) Schaudinn rechnet die Spirochaeten zu den Protozoen, und zwar auf Grund eines von ihm an der Spirochaete Ziemanni beobachteten spirochaetenähnlichen Stadiums. Es unterscheide sich aber diese Spirochaete wesentlich von den echten Bakterienspirochaeten, so vor allem besitze sie deutliche Kerne. Die Spirochaete pallida habe weder Kerne, noch Geiseln, noch undulierende Membran, könne daher nicht gut zu den Protozoen gerechnet werden.

b) Sei es bedenklich, Artunterschiede auf die Differenzierung in der Färbbarkeit zu gründen und weiters bei einem so flexiblem Gebilde, wie es die Spirochaete sei, auch noch die Steilheit der Windungen als Merkmal zu wählen; wenn man die Präparate von Schaudinn und Hoffmann betrachte, so erkenne man ohneweiters, daß sie mindestens zwei Arten von Spirochaeten enthalten.

c) Auffallend sei auch, daß in den Photogrammen neben den Spirochaeten noch zahlreiche andere Mikroorganismen, Bakterien, Kokken, Pilzfäden, ja sogar der Cytorrhyctes luis Siegel enthalten seien, die von den Autoren nicht weiter erwähnt werden. Wie kam dies alles in die Präparate? Es könnten doch nicht alle diese Arten im syphilitischen Gewebe oder im Drüsensafte vorhanden gewesen sein, und da bleibe nur die Annahme, daß sie entweder von der Oberfläche der Haut oder aus dem Farbstoffe stammen; warum sollten aber nicht auch die Spirochaeten auf diese Weise ins Präparat gelangt sein? Ist doch bekannt, daß Spirochaeten im Munde, am After, im Smegma und auf krankhaften und verschmutzten Stellen der Körperoberfläche gedeihen und daß viele unserer Farbstoffe, so auch der Giemsa'sche, einen günstigen Nährboden für die verschiedenen Mikroorganismen abgeben.

Es sei daher keineswegs der Nachweis gesichert, daß die Spirochaete pallida nicht sekundär von der Hautoberfläche in die Tiefe des Gewebes und weiter in die Drüsen eingedrungen ist und dann so den Nachweis gestatte. All das seien Gründe, die bisher gegen eine ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida sprechen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28, 1905.) D.

Kinderheilkunde.

Paraphimosis bei einem jungen Mädchen. Von M. J. Beeman. Ref. Einstein; Stuttgart.

Es handelte sich um die Einschnürung der Klitoris eines 13jährigen Mädchens durch eine Haarschlinge, die wahrscheinlich masturbatorischen Zwecken gedient hatte. Der Anblick erinnerte vollständig an die Paraphimosis der Knaben: eine ödematöse, halb daumendicke Hervorragung mit dunklerem, runden, erbsengroßen Zentrum. Rasche Heilung nach Entfernung der Haare. — (Med. Record, New-York, 24. Dez. 1904.)

Eine Beschreibung von „Pfeiffer'scher Krankheit" (Drüsenfieber) mit einem Berichte über zwei Fälle. Von A. H. Wentworth, Boston. Ref. Einstein, Stuttgart.

Das von Pfeiffer 1889 zuerst beschriebene „Drüsenfieber" ist charakterisiert durch raschen Fieberanstieg und plötzliche, oft nur einseitige Anschwellung der Halslymphdrüsen, im besonderen der am hinteren Rand des Kopfnickers an dessen oberem Drittel liegenden. Der Verlauf ist mild, Vereiterung der Drüsen selten. Es ist eine meist bei Kindern vorkommende Infektionskrankheit ohne bekannte Aetiologie, die am häufigsten im Herbst oder Winter auftritt. Manchmal ist sie mit leichten katarrhalischen Erscheinungen (u. a. geringe Angina) und Muskelschmerzen verbunden (cfr. Influ-

Digitized by Google

enza). Oefters wird über Schmerzen unterhalb des Nabels geklagt. Als Komplikation wurde mehrmals Nephritis mit Hämaturie, ähnlich wie bei Scharlach, beobachtet, die aber stets gutartig verlief.

Die Heilung tritt in wenigen Tagen, seltener erst nach mehreren Wochen ein; die Drüsen schwellen vollständig ab. Häufig bleibt noch längere Zeit Blässe und Müdigkeit zurück.

Die Behandlung ist symptomatisch. Die Gefahr der Nephritis muß dabei berücksichtigt werden.

Vf. beschreibt dann zwei selbstbeobachtete, leicht verlaufene Fälle. — (Boston med. and surg. journ., 1. Juni 1905.)

Bakteriologische Untersuchungen bei Morbillen. Von A. Borini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. beobachtete in Kulturen von Blut hochfiebernder Masernkranker nach 36-stündigem Aufenthalte im Thermostaten einen kleinen, zarten Bazillus, meist in Gruppen zu zweien vorkommend, 0·7 μ lang, schwer färbbar mit Anilinfarbstoffen, nach Gram nicht färbbar. Auf Gelatine wächst er nicht, auf Glyzerinagar und defibriniertem Blut dagegen in punktförmigen, durchsichtigen Kolonien; auf Agar sind die Kolonien größer, besonders bei anärobem Wachstum. In Bouillon erfolgt gleichmäßige Trübung. Milch wird nicht koaguliert, es erfolgt keine CO_2- oder Indolbildung. Der Mikroorganismus neigt sehr zu Involutionsformen. Außer im Blut fand man ihn auch im Konjunktival- und Bronchialsekret. Bei Tierversuchen erwies er sich subkutan als wirkungslos. Bei Injektion jugendlicher Kulturen in die Trachea von Kaninchen führte er den Tod in 3—6 Tagen herbei (bronchopneumonische Herde mit Bazillenbefund im Blut und Lungensaft). Intravenöse Injektion bewirkt Tod in drei Tagen (Nierenhyperämie). Hunde sterben in 16—18 Tagen; bei einem Versuchstier war nach 13 Tagen heftiger Katarrh der Konjunktiva und Nase vorhanden; bei der Autopsie fand sich starke Hyperämie der Lunge; Bazillenbefund im Blut positiv. — Vf. hält den von ihm entdeckten Bazillus jedenfalls der weiteren Untersuchung für würdig. — (La Rif. Med. Nr. 25, 1905.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Maretin.

Kirkovic hat an der 11. med. Klinik in Wien (Hofrat Neusser) Untersuchungen über die antirheumatische und antineuralgische Wirkung des Maretin angestellt. Nach seinen Erfahrungen hat das Mittel bei akutem Gelenksrheumatismus eine sichere und prompte Wirkung, die sich in raschem Nachlaß des Fiebers, der Schwellung und der Schmerzen kundgibt. Gegenüber den Salizylpräparaten hat es eine viel geringere diaphoretische Wirkung. Bei manchen Fällen von Neuralgien, lanzinierenden Schmerzen und Kephalalgie erweist sich das Maretin als ein empfehlenswertes Mittel. Für die zweckmäßigste Verordnungsform hält Vf. Dosen von 0·25 bis 0·5 g 2—3mal täglich. Obwohl er in einzelnen Fällen 1·0 g pro dosi und 2·5 g pro die gegeben hat, fand er nie subjektive Nebenwirkungen. Mehrmals beobachtete er aber einen leichten Ikterus im Gefolge der Maretin-Anwendung, der ohne irgend welche Beschwerden nach zirka zehn Tagen verschwand. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 37, 1905.)

Sobernheim sah in einem sehr schweren Falle von Polyarthritis rheumatica bei Maretin-Anwendung einen sehr guten Erfolg; dagegen scheint sich nach seiner Mitteilung das Präparat

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

Digitized by Google

zur Heilung der gonorrhoischen Arthritis ebensowenig zu eignen, wie die übrigen Antipyretika. Bei Kopfschmerzen ist eine antineuralgische Wirkung sicher vorhanden; auch bei Agrypnie infolge neuralgischer Beschwerden und bei Kranken mit subfebrilen Temperaturen ist das Maretin erprobt. Vf. gibt ihm den Vorzug vor anderen Antipyreticis, Antineuralgicis und Antineurheumaticis. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 15, 1905.)

Auch Kaupe hat sich des Maretins als Fiebermittel bedient. Er gab es meist 3—4 Stunden vor dem zu erwartenden Beginn der Temperatursteigerung. Die Wirkung von $^1/_2$ g war fast jedesmal eine sichere, bei 0·3 g eine beschränkte, 0·2 oder 0·25 g bewirkten keine oder nur eine geringe Herabsetzung der Temperatur. Oft war eine sehr beträchtliche Herabminderung der Temperaturen zu beobachten. Das Mittel erzeugte keine schädigenden Nebenwirkungen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 27, 1904.)

Henrick empfiehlt das Maretin bei mittleren Fiebertemperaturen der Phthisiker, wo es die Temperatur meist prompt herabsetzte, doch blieb die Entfieberung nicht immer gleichmäßig, sondern es kamen gelegentliche Exazerbationen vor, dabei bewegte sich die Temperatur in mäßigen Grenzen. Oft wurden die täglichen Temperaturschwankungen erheblich verringert. Auf die Pulskurve wirkten Dosen von 0·25 und 0·5 g Maretin so gut wie gar nicht ein; als einzige beobachtete Nebenwirkung bezeichnet Vf. Schweißausbrüche. Bei Pneumonie, Erysipel und septischer Endokarditis blieb die Anwendung von Maretin resultatlos. Bei fortgesetztem regelmäßigem Gebrauch kann man erwarten, daß auch anfangs sehr lästige Schweißausbrüche wesentlich geringer werden, bezw. schließlich ganz wegbleiben. — (Therap. Monatsschr., Nr. 3, 1905.)

Novocain ist ein neues Lokalanästhetikum. Zwar hält die damit erzielte Empfindungslosigkeit nicht lange an, dafür besitzt das Mittel aber den großen Vorzug der Reizlosigkeit. Will man die anästhesierende Wirkung erhöhen, so kombiniert man es zweckmäßig mit einem Nebennierenpräparat, z. B. Suprarenin. Braun, der es in den Arzneischatz eingeführt hat, verwendet Lösungen von 0·25 Novokain in 100 oder 50 g physiologischer Kochsalzlösung mit 5, beziehungsweise 10 Tropfen Suprareninlösung (1 : 1000) oder solche von 0·1 g Novokain in 10 oder 5 g Kochsalzlösung mit je 10 Tropfen Suprareninlösung. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr 42, 1905.)

R. Flatow demonstrierte im Verein für innere Medizin in Berlin (23. Oktober 1905) ein **Ersatzpräparat für Salzsäure** in fester Form; es wird aus der Melasse, den Rückständen der Zuckerfabrikation, dargestellt und kommt unter dem Namen Acidol in den Handel; sein Gehalt an HCl ist gleich dem der offizinellen Salzsäure, nämlich 25%; doch wirkt es weniger stark; es müssen etwa doppelte Mengen genommen werden. Nach zweijähriger Prüfung kann Flatow das Präparat als vollwertigen und wegen der Tablettenform bequemeren Ersatz der Salzsäure empfehlen.

Neue Mittel.

Arrhénal. Zusammensetzung: Methylarsinsaures Natrium, Arsynal. Eigenschaften: Farblose, prismatische Kristalle, beim Erhitzen nicht schmelzend, sondern Arsen abspaltend und Knoblauchgeruch entwickelnd, leicht löslich in Wasser, unlöslich in Alkohol. Anwendung: Als organisches Arsenpräparat in täglichen Dosen von 0·025—0·1. Der Indikationskreis des Präparats ist ein sehr weiter und ungefähr derselbe, wie der der Arsenverbindungen im allgemeinen.

Benzolsuperoxyd ist eine beständige, sich nicht verflüssigende, geruchlose Substanz, die in schönen, weißen Prismen kristallisiert. In Wasser ist es nur wenig löslich, besser in Alkohol. Mit Olivenöl läßt sich mit Leichtigkeit eine 2—3%ige Lösung herstellen. Nach Löwenhort (Ther. Monatsh., Nr. 8, 1905) wirkt es innerlich indifferent, äußerlich leicht anästhetisierend und stark

Digitized by Google

desinfizierend. Anwendung findet es als Wundantiseptikum und bei verschiedenen Hautkrankheiten in Pulverform, als 10%ige Olivenöllösung oder als 10%ige Salbe mit gleichen Teilen Vaselin und Lanolin.

Bornyval. Zusammensetzung: Isovaleriansäureester des Borneols. Eigenschaften: Wasserhelle, nicht unangenehm aromatisch und zugleich schwach nach Baldrian riechende und schmeckende Flüssigkeit, welche sich in Alkohol und Aether in jedem Verhältnisse löst, in Wasser aber unlöslich ist. Anwendung: In elastischen Gelatinekapseln zu 0·1, 0·15, respektive 0·25 g mehrmals täglich oder nach Bedarf bei Neurosen verschiedener Art, insbesondere bei nervösem Herzklopfen, Kopfschmerz, Magendruck, Schlaflosigkeit, Unruhe etc. Hirschlaff beschreibt die Wirkung als eine fast momentane, durch Kräftigung des Pulses, allgemeine Beruhigung und Linderung der subjektiven, nervösen Beschwerden, und zwar bei Herzstörungen jeden Ursprunges. Die Wirkung übertraf die aller ähnlichen Präparate und stellte sich als die Wirkung des Baldrians in mehrfacher Multiplikation dar. Auch in psychischer Beziehung, bei Angstvorstellungen, Schwindelerscheinungen etc. ließ die Wirkung des Bornyvals niemals im Stich und schien auch hier verläßlicher zu sein, als diejenige anderer, ähnlicher Präparate.

Capsulae Olei Olivarum aseptic ae „Hell" enthalten in einer mit einem Antiseptikum sterilisierten Gelatinehülle pro dosi 3 und 5 g Olivenöl. Diese Kapseln haben sich an Stelle der üblichen Oeltrinkkur bei Ulcus ventriculi und Hyperazidität des Magensaftes bewährt. Nach Köhler (Wien. med. Wochenschr., Nr. 21, 1905) gibt man die kleineren Kapseln in Fällen von inkomplizierter Gastritis hyperacida, die größeren bei Ulcus pylori und Gastrektasie.

Clavin nennt E. Vahler einen aus dem Mutterkorn isolierten Stoff, der imstande ist, kräftige Wehen hervorzurufen, ohne Gangrän oder Krämpfe zu erregen. Es besitzt die empirische Formel $C_{11}H_{22}N_2O_4$, ist wasserlöslich und scheidet sich aus wässeriger Lösung als mikrokristallinisches Pulver aus. In absolutem Alkohol ist es unlöslich, ebenso in Aether, Essigäther und Petroläther. In trockenem Zustande ist es lange haltbar, während wässerige Lösungen nach längerem Stehen trübe werden und unangenehm riechen. Das Präparat kann ohne Schaden subkutan injiziert werden. Es kommt lose und in Form von Kochsalztabletten in den Handel, und zwar als Kochsalzclavintabletten. Diese enthalten pro dosi 0·02 Clavin und 0·08 Kochsalz. Jede Tablette löst sich in 1 cm³ Wasser. Sie sind für die subkutane Injektion bestimmt. Man beginnt mit 1 cm³.

Cornutol. Ein amerikanisches, fettfreies Mutterkornextrakt, welches subkutan in Dosen von 2—3 cm³ und innerlich in Dosen von 2—6 cm³ angewendet wird.

Duran: Eiweißverbindung mit Kalzium- und Magnesiumkarbonaten und Phosphaten. Anwendung: In Form von Schokoladenpastillen gegen Rhachitis.

Erasin ist ein Syrupus sulfoguajacolicus compositus cum Aethylmorphino hydrochlorico (Dionin).

Gelosepepsin: 1—2%ige sterilisierte Gelatinelösung, mit physiologischer Kochsalzlösung bereitet.

Guagarsin ist eine Guajakol-Arsenverbindung.

Guajarsinsirup enthält 0·05% As und 2% Guajakol, außerdem chlorhydrophosphorsaures Kalzium und Zimtsäure.

Hetol-Koffein. Zusammensetzung: Coffeinum-Natrio-cinnamylicum. Eigenschaften: Amorphes, bitteres, geruchloses, weißes Pulver von alkalischer Reaktion, löslich in 2 Teilen Wasser, resp. 50 Teilen Alkohol. Anwendung: An Stelle von Coffeinum-Natrio-salicylicum, ohne dessen unangenehme Herzerscheinungen auszulösen.

Hydrargyrum oxycyanatum-Tabletten. Als desinfizierende Flüssigkeit, in welcher man die Instrumente längere Zeit liegen lassen kann, empfiehlt sich eine 1‰ige Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum. Pastillen mit 1 g des genannten Salzes werden in roter und blauer Farbe von der Adler-Apotheke

Digitized by Google

M. Emmel, München, in den Handel gebracht. Nach den angestellten Beobachtungen können gut vernickelte Instrumente monatelang in der Lösung belassen werden, ohne zu rosten.

Indoform ist Salizylsäuremethylazetat. Weißes, säuerlich schmeckendes Pulver, welches in kaltem Wasser schwer, in heißem Wasser leichter löslich ist. Es soll bei Gicht, Ischias und Neuralgie Anwendung finden. Dosis: 0·5—1·5 während der Mahlzeiten.

Jodokoffein. Zusammensetzung: Koffeinjodnatrium. Eigenschaften: Weißes, in Wasser lösliches, 65% Koffein enthaltendes Pulver, welches die Wirksamkeit der Komponenten besitzt. Anwendung: In Dosen von 0·25—0·5 mehrmals täglich bei entzündlichen Prozessen, der Leber (Leberzirrhose) und Mitralstenose.

Lysargin (Argentum colloidale) Kalle u. Comp., nach einem Verfahren von Prof. Paal-Erlangen hergestellte wasserlösliche Verbindung. Anwendung: In der Chirurgie als reizloses, wirksames und unschädliches Desinfiziens, ebenso in der Gynäkologie, Dermatologie, Ophthalmologie in Form von Salben, Pasten und Stäbchen.

Natrium hyperboricum entwickelt in wässeriger Lösung Wasserstoffsuperoxyd und dient als Wund- und Darmantiseptikum.

Normyl, ein neuestes Schwindelpräparat gegen Trunksucht. Der Erfinder ist ein englischer Pastor. Der fromme Herr verlangt für die Flasche des „Heilmittels" nur 63 Mark! Doch dürften den Preis nur jene Potatoren bezahlen, die sich durch Trunksucht ganz um den Verstand gebracht haben. Eine Dame in Deutschland hat bereitwillig den Generalvertrieb des Mittels übernommen. — (Pharm. Post, Nr. 35, 1905.)

Olan. Zusammensetzung: Eine Art von Vasoliment, welches ohne Anwendung von Oelsäure und spirituöser Ammoniakflüssigkeit hergestellt ist. Eigenschaften: Mit Wasser leicht emulgierbare und haltbare Emulsionen gebende Flüssigkeit. Anwendung: Zur Herstellung von vasolimentartigen Präparaten, wie Olanum Jodi (mit Spirituszusatz hergestellt) 3·6 und 10%, Olanum camphoratum 20 und 33·3%, O. cadinum, O. chloroformiatum 33·3%, O. Eucalypti 20%, O. Formaldehydi 5·3 und 0·5%, O. Guajakoli 20%, O. Kreosoti 20%, O. Mentholi 2%, O. Naphtholi 5 und 8%, O. phenylatum 10 und 20%, O. Picis und Rusci 33·3%, O. salicylatum 10%, O. sulfopetrolatum (Ichtolan) 10%, O. Thymoli 10 und 20%.

Omal. Zusammensetzung: Trichlorphenol. Eigenschaften: Farblose, in Alkohol und Aether lösliche Nadeln. Anwendung: Als Antiseptikum und Desinfiziens bei gangränösen Wunden und Geschwüren, bei Schanker, bei diphtheritischen Geschwüren und Erysipel. Man bestreicht täglich einmal mit 5—10%iger Lösung. Wird auch in Salbenform verwendet.

Peronin. Zusammensetzung: Chlorwasserstoffsaures Benzylmorphin. Eigenschaften: Weißes, in Wasser lösliches Pulver. Anwendung: Als Narkotikum bei quälendem Husten der Phthisiker, bei Bronchialkatarrh, Asthma, rheumatischen und neuralgischen Schmerzen. Ersatzmittel des Morphins, aber schwächer wirkend, als dieses. Dosis 0·02—0·04, im Maximum 0·08 (0·2 pro die).

Purgella. Ein abführendes Brausesalz, welches aus 0·25 Phenolphthalein, 75 g Tart. natron., 25 g Natr. bicarbonic., 100 g Elaeosacchar. fructicos. und 27·4 Acid. tartaricum besteht.

Sphacelotoxin (Spasmotin). Zusammensetzung: Ein stickstoffhaltiges Harz des Mutterkornes. Eigenschaften: Gelbes, in Alkohol und Aether lösliches, giftiges Pulver. Anwendung: In Dosen von 0·1 subkutan an Stelle von Secale cornutum bei Atonie des Uterus.

Tablettae extracti fuci vesiculosi compositae sind Entfettungstabletten aus 0·06 Extr. fuci vesiculosi, 0·1 trockenem, entbitterten Sagrada-Extrakt, 0·1 Frangula-Extrakt und Milchzucker bis zu 0·5 g.

Triacol ist eine aromatische Lösung von Kal. und Natr. guajacol. und Aethylmorphin-Guajakol, wird bei Husten, Bronchitis, Tuberkulose empfohlen.

Urisolvin. Zusammensetzung: Ein Gemisch aus Harnstoff mit saurem Lithiumzitrat. Anwendung: In Dosen von

Digitized by Google

2·0 dreistündlich in Sodawasser als harnsäurelösendes Mittel.

Urocol. Zusammensetzung: Urol-Colchicin-Tabletten, enthaltend je Urol 0·5, Milchzucker 0·5 und Colchicin 0·001 g. Anwendung: Bei Gichtanfällen 4—5 Tabletten zu nehmen.

Uropherin benzoicum. Zusammensetzung: Theobromlithium-Lithium benzoicum. Eigenschaften: Weißes, in 5 Teilen Wasser lösliches, 50% Theobromin enthaltendes Pulver. Anwendung: Als Diuretikum bei Wassersucht, Nephritis und anderen Nierenleiden, sowie bei Herzleiden in Dosen von 3·0—4·0 pro die.

Uropurin-Tabletten. Zusammensetzung: Tabletten, welche je 0·25 g Extr. Uvae Ursi enthalten. Außerdem kommen noch in den Handel: U. T. Nr. II, je 0·25 Extr. Uvae Ursi und Salol, U. T. Nr. III, je 0·25 Extr. Uvae Ursi und Hexamethylentetramin, U. T. Nr. IV je 0·25 Extr. Uvae Ursi und Azetylsalizylsäure enthaltend. Anwendung: Als Diuretika mit den Nebenwirkungen der Komponenten. — (Riedels Ber.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Scharlachserum.

In einer Arbeit aus der Universitätskinderklinik des Charité-Krankenhauses in Berlin berichtet O. Garlipp über die Behandlung des Scharlachs mit dem Moser'schen polyvalenten Scharlachserum. Zuzugeben sei, daß in diesem Serum ein Stoff oder eine Kraft enthalten sei, die auf das Fieber und auf das Allgemeinbefinden bei leichten und vielleicht mittelschweren Scharlachfällen einen gewissen günstigen Einfluß auszuüben vermag. Wenngleich dem einfachen Pferdeserum auch eine solche fieberherabsetzende Kraft zukomme, so sei diese doch im Moser'schen Serum größer, wie in jenem. Ob diese Wirkung aber eine spezifische ist, müssen weitere Untersuchungen ergeben, die zu zeigen haben, ob nicht auch andere fieberhafte Erkrankungen etwa in ähnlicher Weise durch dieses Serum beeinflußt werden. Jedenfalls ist aber die Wirkung des Serums bei weitem nicht groß genug, um gegen die Gefahren, mit denen das Leben durch die Scharlachinfektion bedroht wird, einen wirksamen Schutz zu gewähren, da sie weder die schwere Allgemeininfektion, noch die septische Komplikation, noch die Nephritis zu hindern oder zu lindern vermag. Um die mäßigen Vorteile, welche die Anwendung des Serums im Gefolge haben kann, zu erkaufen, muß der Kranke mit so großen Mengen artfremden Serums überschwemmt werden, daß es sehr fraglich ist, ob im Einzelfalle der geringe Nutzen nicht durch größeren Schaden überwogen wird. Vf. kann sich deshalb nicht entschließen, von dem Serum in seiner jetzigen Form weiter Gebrauch zu machen. — (Med. Klinik, Nr. 51, 1905.)

Knochenmarkpräparate.

Lecithmedullin: Knochenmark-Lecithinpräparat, das bei Herzneurosen, Lungenödem, Affektionen der Unterleibsorgane, als Diuretikum bei kardialem Aszites, Darmtonikum, gegen Impotenz und Wehenschwäche Verwendung findet.

Marrubin ist ein diätetisches Präparat aus Ochsenmark.

Myelen. Zusammensetzung: Ein aus rohem roten Knochenmark hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Sirupartige, rötliche Flüssigkeit. Anwendung: Bei Skrofulose, Rachitis, Knochenfraß und Anämie. — (Riedels Ber.)

Myelogen. Zusammensetzung: Ein durch Aether aus Knochenmark extrahiertes Fett. Anwendung: 10 Tropfen des erwärmten Fettes bei gewissen Ohrenleiden in das Ohr einzuträufeln.

Ossagen. Zusammensetzung: Das fettsaure Kalksalz des roten Knochenmarkes. Eigenschaften: Weißes Pulver. Anwendung: In Dosen von 2—4·0 mehrmals täglich bei Osteomalazie und Rachitis.

Ossalin (Adeps ossium) heißt das Fett des Knochenmarkes. Eigenschaften: Mildes, grauweißes Fett von talgartigem Geruch. Es soll bis zu 200% Wasser aufnehmen können. Anwendung: Als reizloses Salbenkonstituens.

Ossalinsaures Natrium. Zusammensetzung: Die Natriumverbindung

Digitized by Google

der Rindermarkfettsäure. Anwendung: Als Lebertranersatz empfohlen.

Peptomedullin ist ein durch Peptonisierung von Knochenmark hergestelltes Präparat, das zu gleichen Zwecken wie die Knochenmarkpräparate angewandt wird.

2. Anderweitige Heilbehelfe.

(Physikalische Therapie und therapeutische Technik.)

Behandlung der Leukämie mit Röntgen-Strahlen.

Ueber die Einwirkung der Röntgen-Strahlen bei Leukämie berichten Achilles Müller und W. Respinger im Korr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, Nr. 20, 1905: Die Röntgen-Strahlen bilden zur Zeit das mächtigste therapeutische Agens zur Beeinflussung der leukämischen Veränderungen, sowohl was Blutbefund, Milz- und Leberschwellungen als Allgemeinbefinden betrifft. Ihre Wirkung ist keine ätiologische, sondern eine symptomatische, demgemäß fehlen Dauerresultate. Als Methode der Bestrahlung sind tägliche Sitzungen mit relativ kleinen Dosen selteneren Applikationen von größeren Dosen vorzuziehen. Die Röntgen-Wirkung beruht auf einer Destruktion der weißen Blutkörperchen, welche wahrscheinlich sowohl im Kreislauf als in den hämopoetischen Organen im Lymphsystem stattfindet.

Paul Krause behandelte 11 Fälle von Leukämie und 15 Fälle von Pseudoleukämie mit Röntgen-Strahlen und konstatierte einen besonders günstigen Einfluß dieser Behandlungsmethode auf die lienogene Leukämieform. Die Leukozyten gehen zurück, die Erythrozyten nehmen zu, der Hämoglobingehalt steigt, das Körpergewicht nimmt zu, der Milztumor ab. Fortgeschrittenere Fälle verhalten sich allerdings refraktär. Ungünstiger ist die Prognose bei lymphatischer Leukämie. — (Schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Breslau, 30. Juni 1905.)

Nach Bramwell: Die Röntgen-Strahlen bei der Leukämie, ist besonders bei der lymphatischen Leukämie eine Besserung nur dann zu erwarten, wenn die roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt steigen. Verkleinerung der Milz und Verminderung der Leukozyten berechtigen an sich nicht zur Stellung einer günstigeren Prognose. — (Clinical. Studies, Bd. 3, 1905.)

Cramer (Heidelberg) hat in 4 von 6 Fällen wesentliche Besserung der Leukämie durch Röntgen-Strahlenbehandlung erzielt. In zwei Fällen blieb ein sichtbarer Erfolg aus. Die myeloide Leukämie bedarf einer geringeren Bestrahlungsdauer als die lymphatische und hat überhaupt eine bessere Prognose als diese, wo eine wesentliche Beeinflussung der Verhältniszahlen der Leukozytenformen nicht möglich zu sein scheint. — (Fortschr. d. Röntgen-Str., 9. Bd., 2. Heft.)

In einem Fall, über den Waßmuth auf der 77. Naturforscherversammlung berichtete, entwickelte sich unter der Röntgen-Behandlung aus einer chronischen Leukämie eine tödliche perniziöse Anämie.

Nach den Beobachtungen von F. Rosenberger (Würzburg) über Aenderungen der Urinzusammensetzung bei Leukämikern während und nach der Röntgen-Bestrahlung geht mit zunehmender Besserung der Leukämie (Abnahme des Milzvolumens und der Zahl der weißen Blutkörperchen) die Abnahme der Harnsäure (nach vorübergehender Steigerung) Hand in Hand. Steigerungen der Harnsäurewerte zeigen eine beginnende Verschlechterung an. — (Zentralblatt f. inn. Med., Nr. 40, 1905.)

Ueber die Behandlung von Gicht und Rheumatismus mit Röntgen-Strahlen macht Moser (Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgen-Strahlen, Bd. 9, H. 1, 1905) interessante Mitteilungen. Nach seiner Erfahrung bilden die Röntgen-Strahlen bei gichtischen und rheumatischen Affektionen ein äußerst wirksames Heilmittel; bei ersteren, namentlich wenn es sich um frische Fälle handelt, sind im Anfang nur kurze Bestrahlungen anzuwenden, etwa von einer Minute Dauer. Bei rheumatischen Affektionen sind längere Bestrah-

Digitized by Google

lungen nötig. Diese Behandlungsart ist nicht nur eine symptomatische, schmerzstillende, sondern auch eine kausale, indem sie ein Zurückgehen der Gelenkergüsse, Besserung der Herztätigkeit, Aufhören der Nachtschweiße, Beweglichwerden versteifter Gelenke, milderes Auftreten der Gichtanfälle herbeiführt. Ueber Dauerresultate ist noch nichts Sicheres zu sagen, doch kann man aus den Krankengeschichten erkennen, daß diese Therapie anderen Behandlungsarten in Bezug auf Dauerresultate nicht nachsteht.

3. Behandlungsmethoden.

Zur Bekämpfung des Erbrechens wird wird von Hagen das Eumydrin empfohlen. Besonders beim reflektorischen Erbrechen soll es bei interner Verabreichung gute Dienste leisten; ebenso bei krampfhaftem Pylorusverschluß, chronischer Magenerweiterung, Schwangerschaft und uteriner Dyspepsie. Bei Ueberfüllung des Magens läßt das Mittel im Stich. Auch bei hysterischem Lufterbrechen wirkt es nicht. — (Heilkunde, Bd. 1 und 2, 1905.)

Zur Verhütung des Erbrechens bei Bandwurmkuren empfiehlt Apolant, um die Magenschleimhaut empfindungslos zu machen, eine Viertel- bis eine halbe Stunde vor dem Einnehmen des Bandwurmmittels 1—2 in Oblaten gehüllte Pulver von Menthol und Saccharum lactis à 0·3 zu geben. Er nimmt an, daß dadurch die Reflexaktion des Erbrechens, die durch die Reizbarkeit der Magenschleimhaut in Gang gebracht wird, gestört werden müsse. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 44, 1905.) — (Ref. rät zur Erzielung des gleichen Zweckes Pulver von Anästhesin à 0·5 eine halbe Stunde vor der Verabreichung des Bandwurmmittels zu geben.)

Physostigmin in der Darmtherapie. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Rodari in ätiologisch unklaren Fällen von akutem Darmverschluß, bevor man zur Operation schreite, die Anwendung des Physostigmins. Die subkutanen Injektionen verdienen vor der internen Medikation den Vorzug, und zwar bei schwächlichen Personen in der Dosis von $^1/_2$ mg, bei stärkeren Individuen geht er bis zu 1 mg. Bei Kindern wagt er nicht, auch nur Bruchteile eines Milligramms anzuwenden, eingedenk der Gefahren, besonders derjenigen der Lähmung des Atemzentrums. Bei der nervösen Flatulenz oder dem atonischen Meteorismus, wo eine leichte Art der Darmparese eine Rolle spielt, hat er in einigen Fällen Physostigmin per os angewandt, und zwar in Pillenform zu $^1/_3$—$^1/_2$ mg pro Pille, 2—3mal täglich. Der Erfolg war durchweg ein guter zu nennen. Nehmen die Beschwerden durch diese Medikation an Intensität ab, so ersetzt Rodari das Physostigmin durch Extractum Belladonnae und Benzonaphthol in Pulverform. Daneben gibt er Bromsalze. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 17, 1905.)

Zur Verhütung von Otitis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten empfiehlt J. Rodling Desinfektion des Rachens und der Nase. Er verwandte zu diesem Zweck Pulvereinblasungen von Sozojodolnatrium 1 Teil und Sulphur sublim. 3 Teile. Diese werden 4—8mal nach Anordnung des Arztes von den Angehörigen ausgeführt. Als Pulverbläser kann ein Stück Schilfrohr von 15 cm Länge benutzt werden, das Bleistiftdicke hat und eine Seitenöffnung von Erbsengröße, 6 cm vom einen Ende ausgeschnitten, besitzt. Auf 60 Fälle, die in dieser Weise präventiv behandelt wurden, trafen nur zwei Fälle von leichter Otitis. Auf 42 anders behandelte Fälle 5 Otitisfälle, darunter 3 sehr schwere, also 3·3 : 11·9%. — (Nord. med. Arch., Heft 1, 1905.)

Ueber Styrakol zur Behandlung der Lungentuberkulose berichtet Dr. K. Eckert (innere Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses in Halle) in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 41, 1905.

Das Mittel, das sich schon einen guten Platz in der Therapie, besonders der Darmtuberkulose, errungen hat, hat sich auch nach den Erfahrungen Eckerts

Digitized by Google

gut bei dieser Affektion und bei der Lungentuberkulose bewährt. Es bewirkt eine Besserung des Appetits und führt so zu einer Kräftigung des Allgemeinzustandes. Es soll auch in auffallender Weise die Nachtschweiße herabsetzen (die letztere Eigenschaft hat es mit dem Pyrenol gemein. Ref.). Natürlich dürfen neben der Verabreichung des Styrakols die hygienisch-diätetischen Maßnahmen nicht außer acht gelassen werden. Unangenehme Nebenwirkungen des Mittels fehlen. Bei den schweren, mit heftigen Diarrhöen einhergehenden Formen der Tuberkulose werden durch das Styrakol, wie auch schon andere glaubwürdige Angaben hervorheben, diese Durchfälle recht günstig beeinflußt.

Das Mittel wird am besten in großen Dosen gegeben. Vf. empfiehlt als Tagesdosis für Erwachsene 2—3mal 1 g, er würde aber, „wenn ein günstiger Einfluß ausbleibt, versuchsweise die Dosis in jedem Falle unbedenklich steigern". Mittels des Styrakols läßt sich eine energische Guajakolwirkung mit der Zimtsäuretherapie kombinieren.*)

Thymenol Scillae enthält in 100 Teilen die Extraktivstoffe von 0·35 Bulbus Scillae und von 14·3 Herba Thymi Serpylli; diese Bestandteile sind mit Bienenhonig zu einem angenehm schmeckenden Mittel vereinigt. Das Mittel kombiniert also in glücklicher Weise zwei altbekannte Expektorantien und Sedativa und hat sich als ein recht brauchbares Keuchhustenpräparat bewährt. — (Winterberg in Wien. klin. Rundsch., Nr. 38, 1905.)

4. Rezeptformeln.

Herpes Zoster.

Bei Erwachsenen empfiehlt Dumesnil:

Rp. Acid. arsenicos. 0·12
Pulv. Piper. nigr. 7·5
Extr. Gent. q. s. ut f. caps. Nr. XL.

D. S. Nach jeder Mahlzeit eine Kapsel zu nehmen. Kindern gebe man das Arsen in Form des Liquor Fowleri. — (Amer. Journ. of Derm. Nr. 4, 1905.)

*) Styrakol ist der Zimtsäureester des Guajakols.

Inveterierte Akne.

Rp. β-Naphthol. 10·0
Sulf. praec. 50·0
Vaselin. } āā 20·0
Sapon. virid. }

M. f. Lassars Naphtholschälpaste. S. Eine Viertelstunde auflegen, dann abwischen und einpudern.

Alte rhagadiforme Handekzeme.

Rp. Sol. kalii caust. 10—15:100
D. S. Aufpinseln. (Bewährtes Mittel.)

Leucoderma syphiliticum.

Rp. Sublimat 0·2
Acid. acetic. 1·0
Hydrogen. peroxyd. 20·0
Kaolin. 4·0
Lanolin. 5·0
Vaselin. 10·0

M. f. ung. D. S. Jeden Abend zu applizieren. — (Darier.)

Behandlung der Frostbeulen.

Frostsalben:

1. Rp. Tannin. 2·0
Plumb. acet. 5·0
Bals. peruv. 3·0
Ung. simpl. 90·0

2. Rp. Ung. plumb. acet. 100·0
Lanolin. anhydr. 50·0
Ol. camphor. 30·0
Bals. peruv. 15·0
Ol. Bergamott. 5·0

3. Rp. Tannin. } āā 15·0
Lycopod. }
Axung. porci 30·0

4. Rp. Epicarin. 3·0
Sap. kalin. 0·5
Ung. caseini 30·0

5. Rp. Zinc. sozojodol. 1·0
Vaselin. ad 10·0

6. Rp. Frostinsalbe = 10% Bromokollresorbinsalbe.

7. Rp. Seb. ovil. } āā 50·0
Axung. porci }
Ferr. oxyd. rubr. } āā 6·0
Terebinth. laricin. }
Ol. Bergamott. 0·4
Bol. armen. 3·0

— (Brefeld.)

Digitized by Google

8. Rp. Zinc. oxyd. 30·0
Menthol. 1·0
Lanolin. } āā 45·0
Vaselin. }
— (Carrie).

9. Rp. Camphor. 3·0
Acid. hydrochlor. 2·0
Axung. porci 30·0
— (Carrie).

10. Rp. Plumb. acet. 5·0
Alum. 2·5
Glycerin. 5·0
Ung. cerei 50·0
— (Dumreicher.)

11. Rp. Ichthyol. } āā 10·0
Bals. peruv. }
Lanolin. 20·0
— (Bei stärkeren Entzündungen: Eichhoff.)

12. Rp. Ichthyol. 2·0
Ung. elemi }
Vaselin. } āā 6·0
Axung. porci }
— (Hamburger Vorschrift.)

13. Rp. Boracis } āā 3·0
Calcar. chlorat. }
Axung. benzoat. 40·0
Ol. rosar. 0·25
— (Hedenus.)

14. Rp. Ol. amygd. 30·0
Cerae flav. } āā 2·0
Bals. peruv. }
Cetacei 4·0
Acid. hydrochlor. 3·0
— (Kapeller.)

15. Rp. Acid. carbol. 0·5
Ol. amygd. 5·0
Vaselin. } āā 10·0
Ung. plumb. }
Ol. lavand. 0·25
— (Lassar.)

16. Rp. Cer. flav. }
Axung. porci } āā 10·0
Ol. lauri }
Camphor. 1·0
Alcohol. 2·0
— (Plenck.)

17. Rp. Acid. carbol. 1·0
Tinct. jodi } āā 2·0
Tannin. }
Ung. cerei 30·0
— (Rothe.)

18. Rp. Alumin. 10·0
Camphor. } āā 2·0
Opii }
Bals. peruv. 8·0
Ung. plumb. 30·0
— (Rust.) — (Putze, Berl. pharm. Ztg. Nr. 92, 1905.)

Rp. Euresol. }
Eucalyptol. } āā 2·0
Ol. therebinth. }
Collod. ad 20·0

Rp. Euresol. }
Eucalyptol. } āā 2·0
Ol. therebinth. }
Lanolin. }
Sapo unguin. 20·0
— (Joseph und Vieth, Derm. Zentral-Bl. Nr. 6, 1905.)

Rp. Ol. camphorat. 5·0
Menthol. 0·06
Glycerin. tannic. 10% 10·0
Lanolin. 20·0
D. S. Abends aufzulegen. — (Ther. Monatsh. Nr. 11, 1905.)

5. Varia.

Beitrag zum experimentellen Studium des Adrenalins. Von V. Neujean.

Die Versuche, die Vf. an Hunden angestellt hat, ergaben folgendes Resultat: Die Beschleunigung des Pulses, welche bei mit Adrenalin behandelten Tieren der anfänglichen Verlangsamung folgt, ist einer Erregung des gesamten Herzbeschleunigungsapparats zuzuschreiben, sowohl des zentralen als des peripherischen, sie kann aber auch ohne Beteiligung des Zentralapparats zustande kommen. Die Gehirngefäße kontrahieren sich unter dem Einflusse des Adrenalins wie alle anderen Körpergefäße, und diese Gefäßveränderung hält während der ganzen Dauer der Adrenalinwirkung an. Die Volumvermehrung des Gehirnes, welche im Gefolge einer Adrenalininjektion zu beobachten ist, ist wahrscheinlich einer venösen Stauung zuzuschreiben, die von der Verlangsamung des Pulses und dem Atmungsstillstand im entsprechenden Augenblick abhängt. Das vasomotorische Zentrum

Digitized by Google

kommt bei der Druckerhöhung nach Adrenalin nur sekundär in Betracht, infolge der Gehirnanämie, welche die Verengerung der Gehirngefäße hervorruft. Die Verlangsamung des Pulses, welche man im Gefolge einer Adrenalininjektion bei Tieren mit intaktem Vagus beobachtet, scheint an die Wirkung zweier Faktoren gebunden: einer direkten Wirkung auf das Herzverlangsamungszentrum und einer sekundären, hervorgerufen durch eine Reizung dieses Zentrums durch die Gehirnanämie. Adrenalin wirkt zweifellos auf die intrakardialen Endigungen des Vagus, und zwar erregend, was durch die Verlangsamung des Pulses bei Tieren mit durchschnittenem Vagus bewiesen wird. Es wirkt direkt auf das Atmungszentrum, um es zum Stillstand zu bringen. Die Dyspnoe, welche der Apnoe oder der Schwächung der Atmungsbewegungen bei starken Dosen Adrenalin vorausgeht, scheint eher die Folge einer sekundären Erregung des Atmungszentrums durch die Gehirnanämie. Die Zerstörung des Adrenalins im Organismus durch Oxydation ist nicht erwiesen. — (Biochem. Zentralblatt, Bd. 4, H. 1, 1905.)

Bücher-Anzeigen.*)

Stoffwechselkrankheiten. Von Prof. Dr. Ferdinand Blumenthal. Medizinische Handbibliothek. XIII. Band. Wien und Leipzig 1905. Verlag von Alfred Hölder. 130 Seiten. Preis K 2·80 = Mk. 2·40.

Zweifellos ist Vf. einer der Berufensten zur Abfassung eines solchen Leitfadens und Handbuches für den praktischen Arzt. Hat er doch selbst rühmlichsten Anteil am Ausbau der Stoffwechsellehre. Er informiert in dem bescheidenen Büchlein über den heutigen Stand dieser wichtigen und komplizierten Sparte der internen Medizin und ist dem bewährten Leitsatz wahrer Wissenschaftlichkeit gefolgt: Multa, non multum. Das Büchlein braucht jeder Praktiker. F. L.

Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken. Von Prof. Dr. W. Ebstein, Göttingen. 3. vermehrte Auflage. Wiesbaden 1905. Verlag J. F. Bergmann. Preis Mark 3·60.

Ebsteins berühmtes Werk ist in der Hauptsache das alte geblieben. Die Fortschritte in der Lehre von der Behandlung der Zuckerkrankheit, die seit seinem letzten Erscheinen von 9 Jahren durch den unermüdlichen Fleiß der Forscher auf diesem wichtigen Gebiete gemacht wurden, erheischten die nun vorgenommene Vermehrung. Vorzüglich sind besonders die der Besprechung der diätetischen Therapie gewidmeten praktischen und theoretischen Auslassungen des Verfassers, der — wie bekannt — in einer durch die mangelhafte Beschaffenheit des Protoplasmas bedingten Störung der inneren Atmung die Ursache der Zuckerkrankheit sieht. Der praktische Arzt wie der Spezialist werden mit gleichem Genuß und Gewinn sich in das Studium dieses klassischen Werkes vertiefen. F. L.

Traitment de l'Enterite-Muco-Membraneuse. Von Dr. A. Combe (Lausanne). Paris 1905. J. B. Baillière et fils.

Das Büchlein ist sehr subjektiv geschrieben. Es kann nicht als eine Bereicherung der Wissenschaft bezeichnet werden und wäre ohne Schaden für diese ungeschrieben geblieben. Aber jedenfalls ist es eine gute Reklame für den Verfasser. Wer weiß, ob es mehr sein wollte. Vom Baillière'schen Verlag ist man Besseres gewöhnt. F. L.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Knochenveränderungen bei Rachitis. Von J. Molina-Castilla. Dissertation. Freiburg i. Br. 1905. 51 Seiten. Charitas-Druckerei.

Bericht von Schimmel & Co. In Miltitz (bei Leipzig). Oktober 1905. 141 Seiten.

Anzeigen und Grenzen für chirurgische Eingriffe am Magen. Von Dr. J. Boas in Berlin. Moderne ärztliche Bibliothek. Heft 21. Berlin 1905. L. Simion Nfg. 30 Seiten. Preis Mark 1.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Die physikalische und diätetische Behandlung der Obstipation.

Von Dr. **B. Buxbaum.**

Nothnagel unterscheidet vom ätiologischen Standpunkte drei Gruppen der Obstipation:

1. solche, in welchen die Stuhlträgheit noch von physiologischen Faktoren abhängig ist;

2. eine Gruppe, in welcher sie als Folgezustand bestimmter pathologischer Verhältnisse, anderen Symptomen als mehr oder minder wichtige Erscheinung koordiniert ist;

3. eine Gruppe, in welcher die Obstipation das Wesentliche im Krankheitsbilde ausmacht (habituelle Obstipation).

Vom klinischen Standpunkte unterscheidet man:

a) die atonische Obstipation als Folge einer Schwäche der Muskulatur;

b) die spastische Form, die Folge einer Zurückhaltung der Kotmassen durch kontrahierte Darmschlingen;

c) fragmentäre Stuhlentleerung (Boas), bei welcher es trotz wiederholten Defäkationsdranges nicht zu vollständiger Entleerung kommt.

Am einfachsten gestaltet sich die Therapie der Fälle, die in die oben beschriebene erste Gruppe gehören. Vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Bewegung im Freien, respektive Einschränkung der sitzenden Lebensweise, Gymnastik und Sport sind die Mittel, die uns gewöhnlich ans Ziel führen.

Schwieriger ist schon die Therapie der zweiten Gruppe. Die Bekämpfung des Grundleidens (Neurasthenie, Hysterie, Enteroptose, Karzinom, Narben etc.) ist schwer oder gar nicht durchführbar und wir werden oft nur das Symptom zu behandeln haben. Allerdings werden wir hier zuweilen durch Beseitigung des Symptoms auch auf das Grundleiden einen günstigen Einfluß ausüben. Ich erinnere an die Bedeutung der Obstipation bei der Neurasthenie mit ihrem Zwischengliede, der Autointoxikation.

Die dritte Gruppe hängt von einer „abnorm nervösen Einstellung der Kolon- und Rektumperistaltik ab (v. Luzenberger) und das sind die allerhäufigsten zur Beobachtung kommenden Fälle von habitueller Obstipation, wo die klinische Unterscheidung zwischen atonischer, spastischer und fragmentärer Form die Basis für die rationelle Therapie abzugeben hat. Auch hier ist die Therapie selten schwer durchzuführen, am schwersten wohl bei der atonischen Form, die solche Grade erreichen kann, daß ihre Heilbarkeit überhaupt in Frage gestellt ist. Gerade die atonische Form ist es auch, bei der die Polypragmasie am allerhäufigsten geübt wird. Es ist aber, wie wir später sehen werden, viel zweckmäßiger, auch hier die Therapie so einfach als möglich zu gestalten, da die Behandlung oft jahrelang dauert und die Heilmittel der Reihe nach und abwechselnd angewendet werden müssen, damit unsere Hilfsmittel nicht allzu rasch erschöpft werden.

Die klinische Unterscheidung zwischen atonischer, spastischer und fragmentärer Form der habituellen Obstipation hat die Basis für eine rationelle Therapie abzugeben. Es wurde dies lange Zeit vernachlässigt, trotzdem von verschiedenen Seiten auf die Wichtigkeit dieses Moments hingewiesen wurde.

Namentlich die spastische Form wurde nicht genügend beachtet und berücksichtigt. Es ist nun diesbezüglich ein Umschwung zu bemerken. Aber es muß hervorgehoben werden, daß die Unmasse von Publikationen über die spastische Obsti-

Digitized by Google

pation, deren Tendenz dahin geht, daß die spastische Obstipation die häufigere wäre, die ungünstige Konsequenz hat, daß derzeit wieder die Schablone der spastischen Obstipationsbehandlung fast obligat geworden ist.

Die spastische Obstipation beobachten wir am häufigsten bei nervös veranlagten, neurasthenischen und psychisch kranken Menschen. Das steht nicht im Widerspruch mit unserem Einteilungsprinzip. Sie kommt als selbständiges Krankheitsbild zur Beobachtung (Gruppe Nr. 3) und ist mitunter auch ein Folgezustand pathologischer Verhältnisse. Die Allgemeinbehandlung und die Behandlung des Grundleidens ist oft ausreichend, um die spastische Obstipation zu heilen. Das wäre eigentlich überflüssig zu betonen, da der Grundsatz: Cessante causa, cessat effectus ja noch allgemeine Giltigkeit hat. Gerade in der Behandlung der Obstipation sind wir aber so oft geneigt, das ganze Krankheitsbild vom Standpunkte der Darmfunktionsstörung aufzufassen und zu beurteilen, daß eine besondere Hervorhebung dieses Momentes nicht ganz unwesentlich ist. Es kommt hier auch sehr oft zur Verwechslung von Ursache und Wirkung. Daß die Obstipation Ursache aller möglichen nervösen Beschwerden sein kann, ist seit altersher bekannt, besonders aber die spastische Obstipation ist sehr oft auch die Folge einer nervösen Erkrankung, einer funktionellen Neurose und deshalb ist die Besprechung dieser Tatsache nicht überflüssig. Es ist nicht genügend, wenn wir die Diagnose auf spastische Obstipation gestellt haben, wir müssen trachten, zu ermitteln, in welchem Verhältnisse Obstipation einerseits und Allgemeinerkrankung oder auch die Erkrankung eines anderen Organes anderseits zueinander stehen. Es ist dies für die Therapie bestimmend. Viele Mißerfolge in der Behandlung der spastischen Obstipation sind auf die Vernachlässigung der besprochenen Verhältnisse zurückzuführen.

An einigen Beispielen soll die Behandlung der sekundären spastischen Obstipation, wie wir der Kürze halber die auf Allgemein- oder Organerkrankungen basierenden Formen bezeichnen wollen, skizziert werden.

Die sekundäre spastische Obstipation bei Neurasthenie werden wir durch Behandlung der Neurasthenie gewöhnlich nicht zu beseitigen in der Lage sein. Dazu sind unsere bekannten Behandlungsmethoden der Neurasthenie viel zu wenig verläßlich. Wir werden vielmehr durch Beseitigung der Obstipation dem Patienten viel Nutzen bringen. Ebenso geht es bei der Angstneurose, und ich habe eine ganze Reihe von Beobachtungen, die für den Nutzen der Obstipationsbehandlung sprechen. Wir werden daher in solchen Fällen nicht viel Zeit mit der Allgemeinbehandlung versäumen, die braucht ja übrigens auch nicht vernachlässigt zu werden, wir werden mit den später zu besprechenden, fast nie versagenden Mitteln an die Behandlung der Obstipation gehen. Ganz andere Erfahrungen stehen mir bezüglich der sekundären spastischen Obstipation bei psychischen Alterationen zur Verfügung. Die plötzlich und fast immer spastischen Charakter tragende Obstipation infolge von Aufregungen, Kummer, Sorgen, geistiger Ueberanstrengung etc. sehen wir wieder plötzlich schwinden, so wie das ursächliche Moment geschwunden ist.

Spastische Obstipation sehen wir ungemein häufig bei Erkrankungen der Sexualorgane. Die Häufigkeit dieser Erscheinung sollte uns veranlassen, bei jeder spastischen Obstipation eine genaue Untersuchung der Sexualorgane vorzunehmen. Diese Untersuchung ist um so notwendiger, als hier eine kausale Behandlung die besten Aussichten auf Erfolg bietet. Auch Erkrankungen der Niere, namentlich Nephrolithiasis und Kolik, verursachen häufig spastische Obstipation. Auch in diesen Fällen schwindet die Obstipation erst mit der Beseitigung des Grundleidens. Wie wichtig die Erkennung des Grundleidens ist, geht aus folgender Beobachtung hervor: Ein 48jähriger Patient klagt über Obstipation, Gefühl der Völle im Leibe, besonders im Magen, Schmerz im rechten Hypochondrium, der oft so heftig wird, daß Patient weder sitzen, noch liegen kann. Zeitweise sehr

Digitized by Google

heftige Schmerzen im Kreuz. Die Stühle sind bröcklig, bandförmig, bleistiftförmig und spärlich. Obstipationsbehandlung hat vorübergehenden Erfolg, Konsistenz und Form der Stühle unverändert. Nach einiger Zeit veranlaßten Gefühl und Müdigkeit, Kopfschmerz, Brechreiz und Appetitlosigkeit eine Harnuntersuchung. Dieselbe ergab bis auf Spuren von Hämoglobin und ausgelaugte rote Blutkörperchen negatives Resultat. Der Verdacht auf Nephrolithiasis wurde rege und eine Karlsbader Trinkkur wurde eingeleitet. Nach den ersten Gläsern trat nun ein ganz typischer Anfall von Nephrolithiasis auf. Eine energische Karlsbader Kur wurde nun eingeleitet und sowohl die Nephrolithiasis als auch die Obstipation ist behoben.

Ich erwähne diese Krankengeschichte deshalb, weil die Beschwerden, die der Patient hatte, ganz gut durch die Obstipation bedingt sein konnten, dazu kam noch die ganz typische Form der Stühle und es unterlag keinem Zweifel, daß spastische Obstipation vorlag. Die spätere Beobachtung zeigte aber, daß es sich um eine sekundäre spastische Obstipation handelte und auch die Erfolglosigkeit der üblichen Obstipationsbehandlung mußte auf den Gedanken führen, daß eine idiopathische Form nicht vorliege.

Es ist wohl nicht der Zweck dieser Abhandlung, eine Pathologie der Obstipation zu schreiben, aber ich halte es für angezeigt, hier auf die verschiedenen Ursachen der spastischen Obstipation, wie sie in der Praxis beobachtet werden, hinzuweisen, da nur so eine rationelle Therapie einzuleiten möglich ist. Und so möchte ich noch die Obstipation als Folge von Intoxikationen und Gefäßerkrankungen mit wenigen Worten besprechen. Die Rolle, welche die Bleiintoxikation in der Aetiologie der spastischen Obstipation spielt, ist bekannt; viel weniger beachtet ist der Nikotinismus als ätiologischer Faktor. Auch in diesen Fällen ist die Diagnose von großer Wichtigkeit, weil wir der Obstipation mit allen ihr koordinierten, aber dem Nikotinismus und den der Bleiintoxikation subordinierten Symptomen erst durch Beseitigung der Ursache beikommen können. Besondere Beachtung verdient auch die Arteriosklerose der Gefäße der Unterleibsorgane. Wir finden hier die hartnäckigsten Obstipationsformen und kolikartige, anfallsweise auftretende Schmerzen. Letztere werden sehr häufig auf die Obstipation zurückgeführt. Tatsächlich ist aber die Sklerose Ursache sowohl der Obstipation als auch der Koliken und erst eine die Atheromatose bekämpfende Therapie hat auch in Bezug auf die Obstipation einen Erfolg.

Endlich muß ich noch auf einen ätiologischen Faktor der spastischen Obstipation hinweisen. Es kommt bekanntlich sehr häufig vor, daß Menschen, die an eine regelmäßige Entleerung, die oft auf die Minute geregelt ist, gewöhnt sind, einmal durch irgend ein Ereignis verhindert sind, den Stuhl abzusetzen. Bei vielen solcher Menschen genügt nun der im Mastdarm zurückbleibende Kot, um einen Reiz auszuüben, auf welchen der Darm mit einem starken Spasmus reagiert. Bei manchem genügt nun eine einmalige Irrigation, um den Spasmus wieder zu beseitigen, und es regelt sich die Darmfunktion wieder. Bei vielen Menschen tritt jedoch im Anschlusse an eine einzige solche Unregelmäßigkeit eine habituelle spastische Obstipation auf. Es gehören in diese Kategorie die Menschen, die überhaupt an einer gesteigerten Erregbarkeit leiden, und wenn man sie per rectum untersucht — die rektale Untersuchung sollte bei allen an Obstipation leidenden Kranken obligat sein — so findet man gewöhnlich eine ganz bedeutende Kontraktion der Darmmuskeln, so daß schon daraus die Diagnose einer spastischen Obstipation gestellt werden kann.

Wir kommen nun zur Besprechung der Therapie der habituellen spastischen Obstipation. Zunächst wäre auch hier eine Regelung der Diät vorzunehmen. Mit welch einfachen diätetischen Vorschriften es oft gelingt, die Darmtätigkeit zu regeln, respektive regelmäßige Kotentleerung zu erzielen, geht daraus hervor, daß manchmal schon ein Glas frisches Wasser, nüchtern getrunken, den Zweck erfüllt. Nun ist das ein Mittel, welches die Patienten gewöhnlich schon einige

Digitized by Google

Zeit versucht haben, bevor sie unsere Hilfe in Anspruch nahmen, und wir werden mit solch einfachem diätetischen Ratschlage nicht viel erreichen. Gute Dienste leisten aber andere als das gewöhnliche Trinkwasser, es sind dies die einfachen Säuerlinge, deren häufiger Genuß noch sehr oft genügt, um regelmäßige Entleerung zu erzielen. Sie bilden den Uebergang zu den Mineralwässern, respektive Brunnenkuren, von welchen später noch die Rede sein soll. Ferner haben wir von gegorener Milch, namentlich eintägigem Kefir, gute Erfolge gesehen. Man beginnt mit einem Glase nüchtern und kann zu zwei bis drei Glas steigen. Dieses diätetische Regime hat den Vorteil, daß es auch geeignet ist, den allgemeinen Ernährungszustand zu heben. Sehr gute Dienste leistete mir ferner in vielen Fällen ein Glas Fruchtwasser, nüchtern getrunken, und die in letzter Zeit so beliebt gewordenen Obstweine. Was die Milch anlangt, so läßt sich über ihre Wirkung auf den Darm nichts Allgemeines sagen. Es gibt Menschen, die nach einem Glase Milch, nüchtern getrunken, eine gute Entleerung bekommen, das scheint jedoch nicht zur Regel zu gehören. Es gehört vielmehr zu den alltäglichen Beobachtungen, daß die Milch obstipierend wirkt. Jedenfalls wird dieses Nahrungsmittel in Bezug auf seine Wirkung auf den Darm auszuprobieren sein, wie denn überhaupt verschiedene Menschen auf ein und dasselbe Verfahren verschieden reagieren. Deshalb ist auch die unter Autoren viel verbreitete und von ihnen propagierter Ansicht, daß mit einer vegetabilischen Diät die Obstipation zu beseitigen ist, keineswegs allgemein giltig. Eine vegetabilische Diät dürfte hauptsächlich in jenen Fällen von Obstipation wirksam sein, in welchen sonst nur geringe oder keinerlei Stoffe zugeführt werden, welche stuhlerzeugend wirken. Man begegnet hier, wie in dem diätetischen Verhalten der Kranken so oft, einen Circulus vitiosus. Die Kranken haben keinen Stuhl, ergo trauen sie sich nicht schlackenreiche Kost zu genießen, und sie werden hierin oft noch von ihren Ratgebern bestärkt. Weil sie nun keine oder wenig stuhlerzeugende Stoffe zu sich nehmen, wird die Obstipation noch hartnäckiger. Solche Kranke bekommen aber bessere Entleerungen, wenn sie eine vorwaltende vegetabilische Kost genießen. Erst mit dieser Kost bekommt der Darm einen die Peristaltik anregenden Reiz. Dabei darf jedoch ganz besonders bei der spastischen Obstipation auf den Wassergehalt der Speisen nicht vergessen werden. Je trockener die Diät, um so verstopfender wirkt sie. Da es sehr leicht gerade bei Genuß von schlackenreicher Kost zu bedenklicher Obstipation kommen kann, ist es angezeigt, den Patienten noch auf die Notwendigkeit des Wassertrinkens aufmerksam zu machen, und es ist auch hier wieder ein Unterschied zu machen zwischen dem Wasser, welches rasch resorbiert wird, und solchen Wässern, welche den Darm passieren. Auch hierüber wollen wir später sprechen.

Die vegetabilische Diät ist nun gewiß nur auf jene Ausnahmsfälle zu beschränken, die oben skizziert wurden. Im allgemeinen stellt sie sehr große Anforderungen an die Darmtätigkeit. Wir werden daher hauptsächlich eine gemischte Kost unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse verordnen. In manchen Fällen werden wir den fettreichen Nahrungsmitteln den Vorzug geben, in anderen werden, wie erwähnt, die Kohlehydrate gute Dienste leisten. Keinesfalls aber sollen die Kohlehydrate wesentlich eingeschränkt werden, und ich stimme auf Grund meiner Erfahrungen D u n i n bei, der gerne fette Mehlspeisen verordnet. Sie bieten auch den Vorteil, daß die Ernährung des Patienten gehoben wird.

Was nun die Trinkkur anlangt, so sind, wie früher erwähnt, die einfachen Säuerlinge unter allen Umständen vom Vorteile. Außer ihnen erfreuen sich einer allgemeinen Beliebtheit die Bitterwässer. Sie gehören zu den leichtesten und unschädlichsten Abführmitteln. Nichtsdestoweniger muß vor dem allzulangen Gebrauche derselben gewarnt werden, da viele Fälle von Atonie des Darmes in direktem Zusammenhange mit der übermäßigen Anwendung der Bitterwässer stehen. Man sollte von ihnen nur vorüber-

Digitized by Google

gehenden Gebrauch machen während der Zeit, in welcher eine spezifische Obstipationsbehandlung durchgeführt wird. Es ist zweckmäßig, auch unter solchen Umständen sich mit kleinen Dosen zu begnügen, deren peristaltikanregende Wirkung durch Erwärmung erhöht wird. Weiters sind die alkalisch-salinischen und auch die Kochsalzquellen indiziert. Von den alkalisch-salinischen sind jedoch nur die kalten in einer Menge von 1—3 Becher zu verwenden. Die warmen alkalisch-salinischen Quellen, mit ihrem Hauptrepräsentanten Karlsbad, sind bei chronischer Obstipation als Trinkwasser nicht zu verwenden, da sie eher obstipierend wirken.

Die erfolgreichsten Behelfe zur Behandlung der spastischen Obstipation liefert uns die Thermotherapie. Sie wirkt kausal, indem sie den Krampf in den Ringmuskelfasern des Darmes zur Lösung bringt. Es ist merkwürdig, wie schwer sich diese Erkentnis Bahn bricht und ich erwähne nur, daß, nachdem jahrzehntelang bei dem Typus der spastischen Obstipation, der auf Bleiintoxikation beruhenden Form, fast immer warme Applikationen auf die Körperoberfläche und per rectum mit Erfolg angewendet wurden, erst die rektale Behandlung der spastischen Obstipation mit Warmwasser- und Oeleinläufen erfunden werden mußte! Der wirksame Faktor aller thermotherapeutischen Methoden ist meiner Ansicht nach die Wärme, und ich glaube, daß auch den später zu besprechenden Oeleinläufen zum großen Teile nur in dieser Hinsicht die Bedeutung zukommt, die ihnen zugeschrieben wird. Ich will übrigens später die Vor- und Nachteile der Oelirrigationen, wie ich sie in meiner Praxis kennen gelernt habe, registrieren.

Wir werden also in der Therapie der spastischen Obstipation von der Wärme, wie ich gleich bemerken will, ohne mechanischen Reiz den häufigsten Gebrauch machen. Am beliebtesten sind wohl die Irrigationen, die in jedem Haushalte leicht durchgeführt werden können. Es ist jedoch unbedingt auf die entsprechende Technik zu achten, da ihr Erfolg von einer regelrechten Anwendung abhängig ist. Es ist darauf zu achten, daß das Wasser entsprechend temperiert sei, daß der Druck, unter dem das Wasser einläuft, bestimmt werde und daß auch bezüglich der Menge genaue Vorschriften gemacht werden. Ich habe Patienten, die wegen spastischer Obstipation in meine Behandlung kamen, zunächst den Vorschlag gemacht, Irrigationen vorzunehmen, und da wurde mir oft der Einwurf erhoben, daß sie Irrigationen genügend versucht hätten und daß der Erfolg ein negativer gewesen sei. Wenn ich mir dann die Technik beschreiben ließ, so hörte ich fast immer eine Methode, die einen Erfolg schon von vornherein nicht erwarten läßt. Fast immer werden geringe Mengen lauen Wassers unter starkem Druck angewendet. Das Resultat einer solchen Methode kann jedoch nur eine Erhöhung des bereits bestehenden Reizes sein. Zur Irrigation verwende man 45° C. Wasser. Es empfiehlt sich, den Irrigationsapparat nicht mehr als 30—60 cm über die Bettebene zu erheben, wobei sich der Patient in der Rückenlage mit etwas erhöhter linker Hüfte befindet. Noch besser ist es, die Irrigation in der Knieellbogenlage vornehmen zu lassen. Nach erfolgter Eingießung legt sich der Patient auf die Seite und trachtet nun — darauf ist das Hauptgewicht zu legen — das Wasser möglichst lange zurückzuhalten. Das Wasser dringt so bis in die höchsten Partien des Dickdarmes. Was nun die Menge des Wassers anbelangt, so beginne man mit etwa $^1/_2$—1 l. Es gelingt so am leichtesten, ein längeres Zurückhalten des Wassers zu erzielen, was bei Masseneinläufen nicht der Fall ist. Auch Massenirrigationen können übrigens verwendet werden. Es ist jedoch nicht angezeigt, bei Verwendung großer Mengen Wassers auf ein Zurückhalten desselben zu reflektieren. Es gelingt auch selten oder fast nie und hätte nur den Effekt, daß eine Ausdehnung der unteren Darmpartien daraus resultiert. Massenirrigationen haben nur dann einen Zweck, wenn man die anhaltende Bespülung der betreffenden Darmpartien mit dem Wasser als Wärmeträger beabsichtigt. In letzterem Falle ist es dann durchaus nicht notwendig, daß das Wasser zurückgehalten werde, es ist vielmehr der immer

Digitized by Google

wieder sich erneuernde thermische Reiz, der zur Geltung kommt, wenn das Wasser zu- und abfließt. Am besten ist es in diesem Falle, einen Trichter und einen Gummischlauch zu verwenden, der etwa 15 cm lang ist und am unteren Ende 10 bis 15 Löcher hat. Die Sonde, respektive der Gummischlauch wird möglichst hoch hinaufgeführt. Das Wasser fließt unter früher angegebenem Druck ein und fließt neben der Sonde wieder ab. Die Prozedur kann $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang angewendet werden, wobei dafür gesorgt werden muß, daß das Wasser während der ganzen Dauer die gleiche Temperatur habe.

Aehnlich wie die Irrigationen wirkt der Atzberger mit durchfließendem 45° Wasser in einer Dauer von $^1/_2$ Stunde. Ich verwende zu diesem Zwecke Apparate, die mindestens 20 cm lang sind. Sie unterscheiden sich von der letztbeschriebenen Methode nur dadurch, daß das Wasser innerhalb des Apparats wieder zurückfließt. Auch hier kommt es hauptsächlich auf den thermischen Faktor an. Eine Beobachtung, die ich bei der Anwendung des Atzbergers häufig gemacht habe, ist die, daß bei der Einführung desselben ein Krampf der Sphynkteren eintritt. Dem läßt sich auf die Weise begegnen, daß der Apparat eingeführt wird, währenddem das Wasser durch denselben zirkuliert. Die Reaktion des Darmes auf Reize im Sinne einer starken Kontraktion ist bei der spastischen Obstipation sehr groß, sie wird jedoch durch die Temperatur des zirkulierenden Wassers bedeutend herabgesetzt.

Zu den Irrigationen verwendet man auch gerne Mineralwässer, und zwar die warmen alkalisch-salinischen Quellen. Hauptsächlich erwärmtes Karlsbader Wasser wird häufig angewendet. Auch ich mache von dem Karlsbader Wasser sehr häufig Gebrauch. Ich muß jedoch gestehen, daß der Erfolg kein besserer ist, als der mit gewöhnlichem Wasser. Wenn ich trotzdem das Mineralwasser anwende, so geschieht dies hauptsächlich dann, wenn ich es mit Patienten zu tun habe, die, wie früher erwähnt, die gewöhnlichen Wassereinläufe schon mit wenig Erfolg gebraucht haben.

Es fällt mir so viel leichter, die Wiederaufnahme der Einläufe unter technisch günstigen Bedingungen durchzusetzen.

Es wurde früher bereits erwähnt, daß statt der Wassereinläufe auch Einläufe mit Oel vielfach verwendet werden. Diese Einläufe sind von Fleiner in die Therapie eingeführt worden und wird besonderes Gewicht auf die Reinheit des Oeles gelegt. Er empfiehlt deshalb Sesamöl oder Olivenöl. Die Technik ist folgende: Durch ein Darmrohr, welches ziemlich hoch in den Darm eingeführt wird, werden aus einer Spritze oder aus einem Irrigator 100—200 g Oliven- oder Sesamöl unter starkem Druck einlaufen gelassen. Das Oel soll warm sein. Der Patient liegt in der linken Seitenlage oder in der Knieellbogenlage und bleibt nach Vollendung des Einlaufes noch $^1/_2$—1 Stunde liegen und muß sich bemühen, das Oel zurückzuhalten. Einen Apparat, der es ermöglicht, das Oel unter beliebig starkem und bis zum letzten Tropfen gleichbleibenden Druck in den Darm zu bringen, hat Gaertner konstruiert.

Meiner Ansicht nach, kommt, wie gesagt, auch bei den Oeleinläufen hauptsächlich der thermische Faktor in Betracht. Der Vorteil, daß das Oel die Kotmassen erweicht und sie schlüpfrig macht, fällt nicht schwer in die Wagschale. Bei der spastischen Obstipation reflektieren wir auf diesen Faktor nicht sehr. Es genügt hier, wie oft betont wurde, den Spasmus zur Lösung zu bringen, und dies gelingt allein durch Wärme. Wenn wir dennoch, dem Rate Fleiners folgend, das Oel häufig verwenden, so geschieht dies deshalb, weil es den Patienten viel leichter gelingt, das Oel zurückzuhalten als das Wasser, und weil wir mit kleinen Mengen unser Auslangen finden. Sie geben uns ferner die Möglichkeit, mit den therapeutischen Maßnahmen abzuwechseln. Dagegen haben die Oelirrigationen so große Nachteile äußerer Natur, daß wir oft genug gezwungen sind, sie aufzugeben. Und diese bestehen in der unvermeidlichen Verunreinigung, ja Durchtränkung der Wäsche und Kleider mit Oel. Die diesbezüglichen Klagen der Patienten beginnen mit der ersten Irrigation und sie verstummen nicht bei noch so häufiger An-

Digitized by Google

wendung, mit welcher ja eine technische Vervollkommnung verbunden ist. Boas empfiehlt, das zur Verwendung gelangende Oel in eine Emulsion zu bringen. Er macht dies in folgender Weise: Man nimmt 1/4 l Wasser und löst hierin ein bohnengroßes Stück Soda, setzt zwei Eßlöffel käuflichen Lebertrans langsam zu und verrührt gut, darauf werden noch zwei Eßlöffel Rizinusöl zugegeben und wird wiederum bis zur völligen Emulgierung eingerührt. Diese Flüssigkeit geht sehr leicht durch den Irrigator, wird vortrefflich zurückbehalten. Diese Methode ist sehr zu empfehlen, wenn Oelirrigationen gemacht werden sollen. Ich habe sie sehr oft angewendet und bin mit dem Resultate sehr zufrieden, da die oben erwähnten Nachteile vermieden sind und sie selbst nach längerem Gebrauche keinerlei Schmerzen, Reizungen etc. verursachen.

Daß man statt des Wassers, Oels etc. auch Kamillenabsud verwenden kann, ist ja klar. Es darf jedoch nicht der Glaube erweckt werden, als ob die Kamillen das wirksame Agens seien. Da die Einläufe täglich und wochenlang vorgenommen werden müssen, ist es ja angezeigt, mehr als ein Agens zur Verfügung zu haben. In diesem Sinne kann man auch von Kochsalzlösungen Gebrauch machen.

Den Applikationen per rectum stehen die äußeren, d. h. auf die Haut applizierten thermischen Applikationen an Wirksamkeit nicht nach. Ich halte es jedoch auf Grund meiner Erfahrungen für angezeigt, mit jeder Form der Einläufe gleich eine äußere, allgemeine oder lokale Anwendung zu kombinieren. Am beliebtesten ist die Winternitz'sche Kombination des Stammumschlages mit dem Schlauche mit durchfließendem 40° Wasser. Der Schlauch muß den ganzen Unterleib decken. Die Dauer der Applikation beträgt mindestens eine Stunde. Aehnlich wirken die Dampfkompressen: über eine Leibbinde aus Flanell legt man heiße Kompressen, welche mit Flanell bedeckt werden. Der heiße Umschlag muß oft gewechselt werden, was die Applikation etwas kompliziert. Sehr nützlich sind Thermophore, die aber den Nachteil haben, daß die Temperatur nicht konstant auf dem erwünschten Niveau beibt, doch werden sie immerhin, wo andere Methoden aus technischen Gründen nicht anwendbar sind, ganz gute Dienste leisten. Der Hydrothermregulator von Ullmann ist eine der besten der bekannten Methoden, ist jedoch nur in beschränktem Maße anwendbar, da er ziemlich kostspielig ist. Wir besitzen jedoch eine große Reihe von Anwendungsmöglichkeiten, die unter den gegebenen Verhältnissen sehr gute Dienste leisten. Es gehören hieher die lokalen Heißluftapplikationen. Es sollte nur sehr strenge darauf geachtet werden, daß nicht zu hohe Temperaturen angewendet werden. Ferner haben wir in lokalen Schlamm-, Fango-, Moor-, Sandapplikationen sehr gute Behelfe. Die Lichtbäder gehören in die Kategorie der Heißluftapplikationen. Von ausgezeichneter Wirkung und überall leicht durchführbar, sind die Sitzbäder in einer Temperatur von 35—40° C. und in einer Dauer von 1/2 Stunde und noch länger. Selbstverständlich muß dafür gesorgt werden, daß die Temperatur durch Zufluß oder Zugießen warmen Wassers immer gleich hoch bleibe. Endlich erwähne ich die lokalen Dampfapplikationen, die entweder in Form der Dampfduschen oder in Form der lokalen Dampfbäder erfolgen. Das Winternitz'sche Dampfbad in der Wanne, ferner das Gaertner'sche Dampfbett ermöglichen die lokale Anwendung von Dampf auch in jedem Haushalte.

Unter den allgemeinen Anwendungsformen steht das warme Vollbad in einer Temperatur von 37—40° und in einer Dauer von 20—30 Minuten obenan. Ferner sind warme Regenbäder von 2—5 Minuten Dauer angezeigt. Mit diesen Regenbädern kann man auch zweckmäßig die schottische Dusche verbinden, und zwar so, daß vorerst die schottische Dusche mit vorwaltender Verwendung der Dampf- oder Warmwasserdusche, hierauf ein warmes Regenbad und zum Schlusse ein kalter Regen appliziert wird. Auch langdauernde warme Sitzduschen mit darauffolgenden warmen Regenbädern sind erfolgreich. Endlich werden auch allgemeine Dampfbäder, Heißluftbäder, Schlamm-

Digitized by Google

bäder, Moorbäder, Fangopackungen etc. in geeigneten Fällen sehr gute Dienste leisten.

Die mechanischen und elektrotherapeutischen Behandlungsmethoden spielen in der Therapie der spastischen Obstipation keine bedeutende Rolle. Wohl sind verschiedene Maßnahmen empfohlen worden, aber der Erfolg ist zumeist ein negativer. Singer hat bei spastischer Obstipation von der Einführung von Bougies in den Mastdarm oft überraschende Erfolge gesehen. Ich muß gestehen, daß ich diese Erfahrungen, trotz wiederholter Prüfung der Methode bei einwandfreien spastischen Obstipationen nicht gemacht habe. Ich habe oft gesehen, daß die Einführung von Bougies den Krampf nur noch steigerte, und ähnliche Beobachtungen wurden mir auch von anderer Seite mitgeteilt. Auch von Massage des Abdomens halte ich nicht viel. Höchstens wäre eine leichte Vibrationsmassage geeignet, den Spasmus zu lösen. Was die Elektrotherapie anlangt, so habe ich in manchen Fällen die stabile Anodenbehandlung mit breiten Elektroden und nicht starken Strömen — 5 MA. — angewendet. Auch Marburg wendet diese Methode an. Es ist immerhin zweifelhaft, ob diese Methode tatsächlich eine Lösung des Krampfes hervorzurufen vermag. Der Erfolg wäre dann einwandfrei, wenn neben der Elektrotherapie keine andere Methode zur Anwendung gelangen würde. Luzenberger empfiehlt die pulsierende Galvanisation. Vor dem Motor, der mit 110 Volt Straßenstrom arbeitet, hat er sowohl Nickelinwiderstände in Serie, als auch vier Edisonlampen (die eine je $^1/_2$, eine zu 1 und zwei zu je 2 Ampère) parallel eingeschaltet, so daß dadurch die Schnelligkeit der Rotation von 10—90 Umdrehungen in der Sekunde beliebig geregelt werden kann. Die aus dem Achsenringe kommenden Drähte gehen durch ein Galvanometer und durch einen Rheostaten durch, so daß bei jeder der genannten Geschwindigkeiten durch den menschlichen Körper pulsierende Ströme bis zu je 50 MA. durchgesendet werden können. Nur ist die Wirkung verschieden, je nachdem langsam oder rasch unterbrochene Ströme hindurchgeschickt werden. Bei geringer und mittlerer Geschwindigkeit fühlt man im Bauche rasche Zuckungen, die man fast mit den Aufwallungen des siedenden Wassers vergleichen kann, und diese Sensation reicht tief in die Gedärme, so daß sie entschieden auf die Peristaltik reizend wirken. Bei der äußersten Geschwindigkeit des Motors und bei einer Intensität von 10—20 MA. in der Körperleitung hört das Gefühl des inneren Hüpfens auf. Luzenberger hat sich an die Experimente Leduc's mit dem infolge schneller galvanischer Unterbrechung schlafenden Hunde erinnert und hat die rapide pulsierende Galvanisation in einem Falle spastischer Kontraktion des Darmes benützt und der prompte Erfolg hat seine Voraussetzung bestätigt. Den Fall hatte er früher mit Franklinisation ohne Resultat behandelt, nur die Vibrationsmassage mit runder Bauchplatte oberhalb des Nabels hatte eine gelinde Besserung gebracht, die pulsierende Galvanisation dagegen gab täglichen regelrechten Stuhl bei jeder Applikaton und endigte mit Heilung nach ungefähr vier Wochen.

Die Therapie der atonischen Obstipation bietet oft sehr große Schwierigkeiten. Wir haben nicht nur gegen eine motorische Insuffizienz der Darmmuskulatur anzukämpfen, die sich in seltenen Fällen auf einzelne Partien, gewöhnlich auf große Darmabschnitte erstreckt, wir haben auch die Schwäche, Erschlaffung der Bauchdecken zu berücksichtigen und wir werden hier eine viel längere Dauer der Behandlung beanspruchen, als dies bei der spastischen Obstipation der Fall ist.

Bezüglich der Diät kann ich mich hier auf Ewald berufen, der folgendes sagt: „So verschieden die Ursachen der habituellen Obstipation sind, so verschieden müssen auch die Mittel ihrer Bekämpfung sein. Eines ist ihnen aber allen gemeinsam, eine Diät, welche darauf abzielt, die von dem Darm geforderte Arbeit zu erleichtern, ja, wenn möglich, im Sinne der Anregung einer Peristaltik auf ihn einzuwirken. Hier ist nun vor allem die alte, schon oben erwähnte Erfahrung zu be-

Digitized by Google

obachten, daß eine einseitige Ernährung, mag dieselbe in einer reinen Fleischkost oder umgekehrt in einer ausschließlich aus Vegetabilien zusammengesetzten Nahrung bestehen, meist einen trägen Stuhlgang veranlaßt. Ob es sich dabei ersterenfalls, wie gewöhnlich angegeben wird, nur um das Fehlen adäquater Reize für die Muskulatur in dem Sinne handelt, daß die Fleischnahrung zum größten Teile vom Darm aus resorbiert wird, und größere Kotmengen, welche den Anlaß zu Entleerungen bieten, nicht gebildet werden, oder ob die einseitige Fleischnahrung gewisse Digestionsprodukte einseitig überwiegen läßt, welche bei ihrer Resorption entweder in loco oder von entfernteren Stellen aus eine Lähmung der motorischen Nerven zur Folge haben, muß vorläufig dahingestellt werden. Eine einseitige vegetabilische Kost, besonders wenn dieselbe, wie gewöhnlich, sehr voluminös ist, stellt dagegen sehr große Anforderungen an die fortbewegende Kraft des Darmes, weil gerade das umgekehrte Verhalten wie bei reiner oder überwiegender Fleischnahrung eintritt. Indem die resorptionsfähigen Bestandteile aus dem Fasergerüste der Gemüse und den Hülsen der Körner und Früchte ausgelaugt werden, bleibt ein mehr oder weniger kompakter Rückstand, dessen Fortbewegung immerhin größere Ansprüche an die Darmtätigkeit macht. So ist es begreiflich, daß mit der Zeit eine große Ermüdung der Muskulatur eintritt, deren Folge die Verstopfung ist."

Es sei nochmals betont, daß sich die gemischte Kost am besten eignet.

Auch was die Mineralwasserkuren anlangt, kann ich auf das früher Gesagte verweisen. Nur möchte ich darauf aufmerksam machen, daß wir in der Therapie der atonischen Obstipation von den abführenden Wässern häufiger und länger Gebrauch machen müssen als in der Therapie der spastischen Obstipation. Es ist nämlich angezeigt — und fast alle Autoren sind diesbezüglich einer Ansicht — daß im Beginne der Behandlung und in den ersten Wochen derselben, auch wenn andere Methoden angewendet werden, täglich ein Abführmittel gebrauchen zu lassen. Hiezu eignen sich die Mineralwässer sehr gut. Erst wenn die physikalische Behandlung einige Zeit durchgeführt wurde, setze man für einen Tag probeweise die Abführmittel aus. Tritt an diesem Tage trotzdem Entleerung auf, so ist auch für den nächsten Tag das Abführmittel auszusetzen. Erst an dem Tage, an dem wieder Obstipation besteht, ist das Abführmittel zu wiederholen. So ist mit Hilfe der Unterbrechung der Abführmittel die Probe auf die Wirksamkeit der physikalischen Behandlung zu machen.

Den wichtigsten Teil der Therapie bilden hier die Hydrotherapie, Massage, Mechanotherapie und Elektrotherapie.

Sie sind die Therapie par excellence, indem sie nicht nur, wie einige Autoren annehmen, palliativ oder auch nur psychisch, sondern ganz gewiß kausal wirken und bei entsprechend langer Anwendung auch schwerere Formen von habitueller atonischer Obstipation zu beseitigen imstande sind.

Sie wirken kausal, da sie direkt sowohl die Darmmuskulatur als auch die Muskulatur der Bauchdecken, deren Erschlaffung bekanntlich ein erheblicher Anteil an der Entstehung der atonischen Obstipation zukommt, kräftigen.

Wenn wir die Wirkungsweise der genannten physikalischen Heilmethoden analysieren, so finden wir, daß ein Teil mehr auf die Darmmuskulatur ihren Einfluß auszuüben vermag, ein anderer Teil mehr die Bauchdeckenmuskulatur zu erhöhter Tätigkeit anzuregen, zu kräftigen vermag. Demnach werden wir in dem einen Falle von den Applikationsformen Gebrauch machen, deren tonisierende, peristaltikanregende Wirkung bekannt ist, Applikationsformen, welche, wie die Hydrotherapie, durch Erhöhung des Blutgehaltes der Abdominalorgane, vermehrte Sekretion der Darmschleimhaut und damit Steigerung der Peristaltik von großem Nutzen sind; in dem anderen Falle werden wir hauptsächlich diejenigen Heilmethoden anwenden, welche, wie z. B. Faradisation, Massage und Heilgymnastik, mehr die Bauchdecken kräftigen; in einer dritten Reihe von Fällen werden wir eine Kombination mehrerer Heilmethoden an-

Digitized by Google

zuwenden gezwungen sein. Es gehören in die letzte Kategorie die meisten Fälle von habitueller Obstipation.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, will ich hier noch bemerken, daß ich nicht der Ansicht bin, daß Mechanotherapie, Massage und Elektrotherapie ausschließlich auf die Bauchdecken einzuwirken imstande sind. Im Gegenteil. Meine Ansicht ist die, daß die genannten Heilmethoden sowohl die Darmmuskulatur, als auch die Skelettmuskeln kräftigen, es gibt aber gewisse, später genauer zu besprechende Methoden, welche die Bauchdecken noch viel günstiger zu beeinflussen vermögen als die hydriatischen Behandlungsmethoden. Die Erfahrung hat hier das letzte Wort zu sprechen.

Unter den hydriatischen Behandlungsmethoden haben wir eine ganze Reihe ausgezeichneter Behelfe. Alle Prozeduren, welche tonisierend wirken, also diejenigen, welche mit einem kräftigen thermischen Reiz oder mit einem kräftigen thermomechanischen Reiz verbunden sind, namentlich jene, welche einen lokalen Reiz ausüben, sind indiziert. Am allerhäufigsten machen wir von den Abreibungen mit darauffolgendem kalten Sitzbade in einer Dauer von höchstens 5 Minuten Gebrauch. Weiters sind die Halbbäder mit hohen Bauchübergießungen, deren Zahl entsprechend bestimmt wird, angezeigt. Bezüglich der Bauchübergießungen bemerke ich, daß sie einen sehr kräftigen Reiz darstellen, der bei leicht erregbaren, aber auch leicht erschöpfbaren Patienten zu unangenehmen Konsequenzen führen kann. Ich habe in einem Falle während der Applikation Kollaps beobachtet. Seit damals bin ich in der Indikationsstellung sehr vorsichtig geworden. Ferner sind Tauchbäder, Wellenbäder, Ruderbäder von Gaertner anwendbar. Gute Erfolge gibt die Anwendung der Regenbäder. Auch bei der Anwendung der Regenbäder sind die Wirkungen derselben in thermischer und mechanischer Hinsicht zu berücksichtigen und von diesem Gesichtspunkte werden wir kurzen kalten Regenbädern mit darauffolgenden beweglichen Regenbädern auf das Abdomen den Vorzug geben. Ebenso sind kurze kalte Regenbäder mit schottischen Duschen auf das Abdomen angezeigt. Von mancher Seite werden auch noch bewegliche Fächer-, respektive schottische Duschen auf die Lendenwirbelgegend empfohlen. Auch Sitzduschen sind sehr beliebte Methoden.

Für alle hier mitgeteilten hydriatischen Behandlungsmethoden gelten dieselben Forderungen bezüglich der Methodik wie für ihre Anwendung bei allen anderen Erkrankungen. Ganz besonders mache ich auf die Reaktionsgesetze aufmerksam, d. h. auf die Notwendigkeit der Hervorrufung einer ordentlichen Reaktion. Es ist ganz falsch, anzunehmen, daß mit der Verordnung der einen oder der anderen Applikationsform genug geschehen ist. Die Mitteilungen über ungünstige Erfahrungen, die Scheu vor der Anwendung der hydriatischen Applikationsformen beruht fast immer darauf, daß eine falsche Methode angewendet wurde. Es muß auf den Ernährungszustand, auf die Blutbeschaffenheit und die Blutverteilung Rücksicht genommen werden und nötigenfalls vor Anwendung einer kalten Applikation eine Erwärmung der Körperoberfläche vorgenommen werden. Daß trotz Berücksichtigung aller erforderlichen Kautelen noch kein Erfolg eintritt, ist ja in den anatomischen Verhältnissen gelegen. Bei Atonie hinter Narben, Neubildungen etc., die nicht immer leicht zu diagnostizieren sind, wird die Hydrotherapie selbstverständlich keinen Erfolg haben.

Sehr gute Dienste leistet die Leibbinde, welche nachtsüber appliziert wird. Bei schönem, trockenem warmen Wetter kann die gut trocken bedeckte Leibbinde auch tagsüber getragen werden.

Mit der Anwendung von Irrigationen muß man bei der Atonie sehr vorsichtig sein. Größere Wassermengen steigern leicht die bestehende Atonie. Man tut gut, anfangs kleine kühle Wassermengen, etwa 21—25° C., zu nehmen, um den unteren Teil des Darmes zu entleeren, sodann mit einem längeren Darmrohre eine etwas größere Menge, $^1/_4$—$^1/_2$ l, kalten Wassers einfließen zu lassen. Ein möglichst langes Zurückhalten des injizierten Wassers hat sodann den ausgiebigsten Erfolg.

Digitized by Google

Boas empfiehlt eine Methode, die sehr einfach ist und die er in hartnäckigen Fällen seit Jahren anwendet. Es ist dies die Aetherdusche, die, da bei ihrer Anwendung hauptsächlich oder nur der Kältereiz in Betracht kommt, in das Gebiet der physikalischen Heilmethoden gehört.

Ein- oder zweimal im Tage werden etwa fünf Minuten lang aus einem Richardson'schen Sprayapparat zirka 100 cm^3 reinen Schwefeläthers in feinem Strahle auf die Bauchhaut gespritzt. Die sich hiebei entwickelnde Kälte wirkt als starker Reiz auf die Bauchdecken und vermutlich auch auf den Darm, der sich in einem sich bald einstellenden Defäkationsbedürfnisse äußert. Boas teilt sehr günstige Erfolge mit und will die Aetherdusche in sehr hartnäckigen Fällen in erster Linie neben Diät angewendet wissen.

Die Bedeutung der Massage für die Obstipation ist bekannt und ist nur noch bezüglich der Kraft, mit welcher die Massage ausgeführt werden soll, prinzipiell zu bemerken, daß eine allzu kräftige Massage eher schaden als nützen kann. Das Hauptgewicht ist auf eine gleichmäßige, kräftige Effleurage und Petrissage der Bauchdecken und des Dickdarmes zu legen, wie überhaupt jene Manipulationen, die eine Tonisierung der Muskulatur bewirken, allen anderen mehr dem Drange nach Abwechslung dienenden Manipulationen vorzuziehen sind. Im Anschlusse an die Petrissage sind Erschütterungen vorzunehmen, die an die Gewandtheit und Uebung, aber auch an die Kraft und Ausdauer große Ansprüche stellen. Deshalb ist die Verwendung des mit der Hand oder mittels Elektrizität betriebenen Vibrators angezeigt. Wo Anschluß an elektrische Blockstationen bestehen, sind die elektrisch betriebenen Vibratoren sehr vorteilhaft, ich bediene mich seit Jahren des Reiniger, Gebbert und Schall'schen Vibrators. Wo kein Anschluß an elektrische Blockstationen besteht, kann man sich der Handvibratoren bedienen. Ein in den letzten Jahren in den Handel gekommener Apparat, der „Venivici"-Vibrator, leistet sehr gute Dienste und ist besonders für solche Patienten zu empfehlen, welche in ihrem eigenen Heim der Massage teilhaftig werden wollen. Die Vibrationsmassage erfreut sich im allgemeinen einer stets wachsenden Beliebtheit. Ja Koch hält die Vibration des Abdomens für die beste Methode der Obstipationsbehandlung. Eine Vibration der Lenden- und Steißwirbelgegend und des Dammes mit geeigneten Ansätzen, ebenso eine Vibration des Mastdarmes hat in manchen Fällen von Atonie des unteren Darmabschnittes sehr guten Erfolg. Jaksch zieht sogar die Vibrationsmassage des Mastdarmes bei Obstipation durch Atonie des Mastdarmes den elektrotherapeutischen Methoden vor.

Die Massage soll des Morgens oder 4—5 Stunden nach der Hauptmahlzeit vorgenommen werden, und zwar anfangs täglich. Erst nach etwa 14 Tagen setze man einmal behufs Erprobung der Wirkung mit der Massage aus. Die Dauer einer Sitzung beträgt gewöhnlich 10 Minuten, die Dauer der ganzen Behandlung hängt von der Schwere des Falles ab. Daß entzündliche Prozesse des Darmes und des Peritoneums die Massage in jeder Form kontraindizieren, bedarf keiner besonderen Betonung.

Bezüglich der Vibrationsmassage empfiehlt Jaksch folgende Methode: Es ist durchaus nicht nötig, jeden Tag die Vibration auszuführen; erzielt man jedoch schon nach dem erstenmale einen Erfolg, dann warte man ab, bestelle den Kranken nach einigen Tagen wieder, häufig wird man hören, insbesondere bei leichten Fällen, daß schon die einmalige Vibration auf Tage hinaus den Stuhldrang geregelt hat, anderseits mache man insbesondere bei Fällen von chronischer, lange bestehender Obstipation den Kranken aufmerksam, daß erst nach mehrtägiger, vielleicht nach mehrwöchentlicher Behandlung ein Erfolg sich einstellen werde. Ganz präzise Vorschläge lassen sich nicht machen: man muß, wie immer bei therapeutischen Maßnahmen, individualisieren.

Eine wesentliche Unterstützung der Massage ist die Gymnastik, und zwar jene Methoden, die eine Kräftigung der Skelettmuskulatur bewirken. Vor allem sind Uebungen angezeigt, welche die

Digitized by Google

Bauchmuskulatur kräftigen: Hieher gehört das langsame Aufsetzen aus der horizontalen Rückenlage ohne jede Unterstützung. Diese Uebung kann 6, 10 bis 15mal vorgenommen werden. Ihre Wirkung wird dadurch erhöht, daß den Bewegungen ein Widerstand gegeben wird. Die auf den Bauch aufgelegte Hand des Masseurs ist hiezu am besten geeignet, da durch denselben der Widerstand am besten dosiert werden kann. Ferner sind Kniebeugen, Rumpfbeugen, Rumpfdrehung geeignete Bewegungen, die im Anschlusse an die Massage oder auch zu einer anderen Zeit in wechselnder Zahl entsprechend der Schwere des Krankheitsfalles und dem Kräftezustande des Kranken vorgenommen werden. Eine Uebermüdung der Kranken ist insoferne von Nachteil, als die Bauchpresse infolge von Uebermüdung durch Uebungen, wenn auch nur vorübergehend, an Leistungsfähigkeit verliert. Gymnastik an Apparaten — Zander, Herz, Krukenberg — sind dort angezeigt, wo neben Schwäche der Darmmuskulatur auch solche der Bauchdecken besteht. Zweckmäßig ist die Benützung des Erschütterungsapparats. Doch muß ich diesbezüglich ganz besonders vor Uebertreibungen warnen. In dieses Gebiet gehört auch der Einfluß von Bergsteigen, Rudern etc. auf die Peristaltik. Ihr Einfluß ist zweifellos.

Es gibt keine Methode der elektrischen Behandlung, welche zur Behandlung der Obstipation nicht empfohlen und für glänzend befunden worden wäre. Die älteste Methode ist die der Applikation der Faradisation mittels der Mastdarmelektrode. Eine Methode, die lange Zeit nicht mehr geübt wird. Ab und zu scheint sie der Vergessenheit entzogen werden zu wollen, mit wenig Erfolg. Lebhaft angepriesen wird die Galvanisation des Mastdarmes, bei welcher der positive Pol mit der Mastdarmelektrode verbunden und eine Intensität von 4—5 MA. angewendet wird. Boudet empfiehlt eine Analsonde, die er an die Spitze eines Enteroklysmas fixiert und nach Füllung desselben mit lauem Salzwasser, mit dem elektrischen Strome in Verbindung setzt; das Wasser bildet so eine zylindrische Elektrode, in deren Mitte der Metallknopf der Sonde zu liegen kommt. Dadurch werden Intensitäten von 15—40 MA. ganz gut vertragen. Man soll zuerst den Strom aufsteigend wirken lassen, i. e. mit der Anode im Rektum und der Kathode auf der Ileocökalgegend, hierauf dieselbe Zeit in umgekehrter Richtung, zuletzt werden bei geringerer Stromintensität 50 Voltasche Alternativen ausgeführt. Die Methode ist etwas umständlich und dürfte kaum Verbreitung finden. Auch scheint mir die Intensität des angewendeten Stromes viel zu groß zu sein.

Weiters sind Faradisationen der Bauchdecken, Galvanisation und Faradogalvanisation durch die Bauchhaut, statische Elektrizität, Arsonvalisation und Wechselstrombäder empfohlen worden.

Was die Faradisation anbelangt, so wird von manchen Autoren auf Grund experimenteller Untersuchungen ihre Wirkung auf die Darmmuskulatur negiert, dagegen wird ihr großer Einfluß auf die Kräftigung der Bauchmuskeln zugeschrieben. Hingegen wurde der Nachweis erbracht, daß die Galvanisation wurmförmiges Vorwärtsschreiten der Darmschlingen sichtbar mache. Deswegen findet die äußere Galvanisation auch mehr Anhang. Sie wird so ausgeführt, daß eine breite Elektrode auf dem Kreuzbein ruht und eine kleinere labil um den Bauch geführt wird, oder so, daß zwei gleichbreite Elektroden auf die linke, respektive auf die rechte Darmbeingrube angelegt wird. Dabei werden von Zeit zu Zeit Unterbrechungen vorgenommen. Stromstärke 5—8 MA. Dauer zirka 10 Stunden. Die Faradogalvanisation verdankt ihre Empfehlung dem Umstande, daß die Faradisation auf die Bauchdecke, die Galvanisation auf die glatten Darmmuskel wirkt, wobei der galvanische Strom auch noch eine erfrischende Wirkung auf die durch die Faradisation gereizten Muskeln ausübt.

Die statische Elektrizität wird von Doumer und Musin sehr gerühmt, sie sprechen von glänzenden Erfolgen; in manchen ihrer Fälle genügten schon drei Applikationen, um die gewünschte Heilung zu erzielen. Bezüglich der Me-

Digitized by Google

thode wird das statische Luftbad empfohlen. v. Luzenberger will während des statischen Luftbades kleine Büschelfunken auf die linke Darmbeingrube richten. Weil rät starke Funken auf das ganze Abdomen. Bordier empfiehlt die Mortonisation, und zwar entweder monopolar in der linken Darmbeingrube oder mittels eines eigens dazu konstruierten Rektalexzitators, den er durch den Anus einführt.

Die Arsonvalisation, und zwar die lokale, monopolare Form ist von Albert Weil, Doumer u. a. empfohlen worden, sie erfreuen sich keiner Beliebtheit.

Was die sinusoidalen Ströme in Form der Wechselstrombäder anbelangt, so kann ihnen ein Einfluß auf den Magen und Darm im Sinne einer Tonisierung derselben nicht abgesprochen werden. Ich habe Gelegenheit gehabt, eine Reihe von atonischen Obstipationen unter der Einwirkung der sinusoidalen Bäder heilen zu sehen.

Endlich habe ich noch ein Wort über die Kombination der Faradisation mit der Massage zu sprechen. Sie wird mit der an den faradischen Strom angeschlossenen Massierrolle geübt. Die Methode ist sehr beliebt, aber nicht mit Recht. Sie ist wohl eine bequeme Art der Faradisation der Bauchdecken, aber der Effekt, den wir von einer tiefgreifenden Massage fordern, wird durch sie nicht erreicht. Ich halte es für viel zweckmäßiger, dort, wo eine Kombination der Massage und der Faradisation angewendet werden soll, dies in der Weise zu tun, daß vorerst eine ordentliche manuelle Massage vorgenommen werde, hierauf die Faradisation, die dann auch, wenn man will, mittels der Massierrolle geübt werden kann.

Noch einige Worte über die fragmentäre Stuhlentleerung.

Boas beschreibt sie in folgender Weise: Es handelt sich hiebei um Individuen, die regelmäßige, spontane Stuhlentleerung haben. Aber dieselbe ist unvollständig und führt daher zu häufig sich wiederholendem Defäkationsdrange. Die Kranken müssen alle 2—3 Stunden zu Stuhl gehen und pressen jedesmal unter großer Anstrengung geringe Quantitäten zylindrischer oder auch gespritzter, kugeliger, zuweilen breiiger Massen heraus. Die Patienten empfinden bald im Mastdarm Druck und Tenesmus, bald klagen sie über ein Gefühl der Völle im Unterleibe, das sie zu immer erneuten Defäkationsversuchen zwingt, die entweder resultatlos oder mit erneuter Absetzung der geschilderten Kotfragmente verlaufen. Diese Abart, die Boas besonders bei Männern beobachtet hat, beruht, wie er glaubt, auf einer Torpidität der unteren Dickdarmabschnitte, zuweilen nur des Rektums, das man bald nach einer solchen Stuhlabsetzung kotgefüllt abtasten kann.

Was die Therapie dieser nicht so seltenen Fälle, die bei oberflächlicher Untersuchung und Beobachtung leicht mit spastischer Obstipation verwechselt werden können, anbelangt, so möchte ich besonders auf die vortreffliche Wirkung kleiner kalter Klistiere aufmerksam machen. Letztere sollen nicht unter starkem Druck angewendet werden, da sie hauptsächlich den unteren Dickdarmabschnitt treffen und ihn zur Tätigkeit anregen sollen. Ferner ist die Anwendung des Atzberger'schen Apparats von 5—10 Minuten langer Dauer angezeigt. Endlich von hydriatischen Prozeduren noch das kurze kalte Sitzbad. Für diese Fälle eignet sich auch die von Jaksch empfohlene Vibrationsmassage des Rektums. Auch die Faradisation des Rektums von kurzer Dauer und mit nicht zu starken Strömen dürfte von Erfolg sein.

Digitized by Google

(Aus dem Karolinen-Kinderspital in Wien; Prim.: Dozent Dr. W. Knöpfelmacher.)

Ueber die durch Schutzpockenimpfung hervorgerufene Immunität.

Sammelreferat von Dr. **Leo Löwenbein.**

(Schluß.)

Sind Antikörper im Blute Vakzinierter vorhanden?

Man muß unterscheiden zwischen solchen Experimenten, bei denen durch Injektion sämtlicher Bestandteile des Blutes Immunität zu erzeugen versucht wurde, und solchen, bei denen nur das Blutserum verwendet wurde.

a) Versuche mit Injektion von Blut.

Chauveau nahm Bluttransfusionen bei Pferden vor, und zwar erhielt ein Pferd 500 g, ein zweites 1000 g Blut eines vakzinierten Pferdes in die Vena jugularis. Die nachträgliche Kontrollimpfung verlief positiv.

Raynaud 1877 entnahm einem Kalbe am 6. Tage nach der Vakzination, d. i. auf der Höhe der Eruption, 250 g Blut und injizierte es einem zweiten Kalbe; dasselbe wurde nach 14 Tagen ohne Erfolg geimpft.

L. Pfeiffer 1884 nahm von einem vakzinierten Kalbe am 8. Tage nach der Impfung eine Transfusion von 30 cm^3 defibrinierten Blutes auf ein zweites Kalb vor; die Kontrollimpfung nach sechs Tagen war erfolglos. Von dem zweiten Kalbe wurde am 11. Tage nach der Transfusion eine Transfusion auf ein drittes Kalb in derselben Weise vorgenommen, und zwar mit demselben Erfolge. Ein viertes Kalb erhielt einen Teelöffel Blut vom 4. Tage nach der Vakzination infundiert. Die Kontrollimpfung am 4. Tage blieb wieder erfolglos.

In den Arbeiten des k. Gesundheitsamtes Bd. VI. 1890 sind folgende Versuche verzeichnet. Ein Kalb erhielt 40 g defibriniertes Blut eines vor 5 Tagen vakzinierten Kalbes infundiert. Die Kontrollimpfung am 6. Tage war positiv. Ein zweites Kalb 100 g defibriniertes Blut vom 7. Tage. Die Kontrollimpfung wurde am 9. Tage mit Erfolg vorgenommen. Ein drittes Kalb erhielt 200 g defibriniertes Blut vom 9. Tage und wurde 12 Tage später mit Erfolg geimpft.

Strauß, Chambon und Ménard 1890 übertrugen von einem Kalbe am 7. Tage der Eruption 350—400 g Blut auf ein zweites Kalb. Die Kontrollimpfung geschah nach 14 Tagen mit Erfolg. Bei ihren weiteren Versuchen übertrugen sie 4, 5 und 6 kg Blut und nahmen die Kontrollimpfung nach 2—3 Wochen vor. Dieselbe verlief reaktionslos. Hierauf nahmen sie folgendes Experiment vor: Sie entnahmen einem vor 6 Wochen mit Erfolg geimpften Kalbe $5^1/_2$ kg Blut und injizierten es intravenös einem zweiten, dem vorher 3 kg Blut entzogen worden waren. Die Kontrollimpfung wurde nach 28 Tagen vorgenommen, und zwar mit Erfolg.

Voigt 1897 entnahm einem mit Erfolg geimpften und dann ohne Erfolg revakziniertem Kalbe am 12. Tage nach der Revakzination Blut, welches er in einem Gefäß mit Natrium causticum steril auffing, so daß sich kein Blutkuchen, sondern nur eine dunkelrote Flüssigkeit bildete. Von dieser injizierte er zwei Kälbern je 60 cm^3; die Kontrollimpfung nach 8 Tagen ergab schöne Pusteln. Von der Voraussetzung ausgehend, daß die immunisierenden Substanzen vielleicht in den Blutkörperchen enthalten seien, machte er folgenden Versuch: Er impfte ein Kalb und injizierte ihm dann in achttägigen Zwischenzeiten dreimal je $1^1/_2$—2 g Lymphe. Am 12. Tag nach der letzten Injektion wurde das Kalb geschlachtet, das Blut steril aufgefangen, sofort mit einem Quirl defibriniert und zentrifugiert. Zwei Kälbern wurden nun je 45 g Blutkörperchen injiziert. Die Kontrollimpfung ergab abortiven Verlauf der Impfpusteln.

Digitized by Google

Es ist also bisher nicht gelungen, durch Bluttransfusion von einem gegen die Vakzineinfektion immunisierten Tier auf ein zweites dieses letztere gegen eine Vakzination unempfänglich zu machen.

b) Versuche mit dem Blutserum.

Um im Blutserum vakzinierter und variolisierter Menschen Schutzstoffe nachzuweisen, bediente man sich zweierlei Methoden: erstens ließ man das Serum in vitro auf Lymphe kürzere oder längere Zeit einwirken und prüfte dann durch Impfung diese Lymphe auf ihre Wirksamkeit, zweitens injizierte man das Serum Menschen und Tieren unter die Haut und schloß aus dem positiven, bezw. negativen Ergebnis einer nachfolgenden Kontrollimpfung auf das Vorhandensein, bezw. Nichtvorhandensein derartiger Schutzstoffe.

Zu den Versuchen ersterer Art gehören folgende: Sternberg mischte sowohl humanisierte als animale Lymphe mit dem Serum eines vakzinierten Rindes und zur Kontrolle auch mit gewöhnlichem Rinderserum und ließ diese Sera 4—24 Stunden auf die Lymphe einwirken. Impfversuche beim Kalbe mit der ersten Lymphe blieben erfolglos, während die Impfung mit der zweiten Lymphe schöne Pusteln hervorbrachte.

Nach Béclère, Chambon und Ménard wird Lymphe durch einen ungefähr 48stündigen Kontakt mit dem Serum vakzinierter Menschen und Tiere (Kälber, Pferde und Affen) unwirksam, ebenso durch den Kontakt mit dem Serum von Pockenrekonvaleszenten und variolisierten Tieren. Es ist dabei gleichgiltig, ob die Lymphe intrakutan, subkutan oder intravenös einverleibt wird.

Courmont und Montegard bestätigen die Angaben Béclères, Chambons und Ménards, daß das Serum geimpfter Kälber Lymphe avirulent mache.

Elliot mischte 2 cm³ Serum eines vakzinierten Kalbes vom 27. Tage nach der Impfung mit $1^1/_2$ cm³ Lymphe und impfte dann ein zweites Kalb mit der Lymphe ohne jeden Erfolg.

Martius bediente sich der von Sternberg angegebenen Methode, welcher auch Béclère, Chambon und Ménard folgten. Er mischte je 20—30 g Glyzerinlymphe mit je 5—6 cm³ Serum sowohl eines 14 Tage vorher geimpften Kalbes als auch eines noch nicht geimpften und unterhielt 24 Stunden lang durch häufiges Aufschütteln und wagrechte Lage des Gefäßes einen innigen Kontakt zwischen Lymphe und Serum. Nachdem er die Mischung 24 Stunden absetzen gelassen, dekantierte er und überimpfte den Satz (Lymphe mit Serum) auf homologe Stellen desselben Tieres. Nach 6 Tagen konnte er aus der Beschaffenheit der Pusteln auf eine eventuelle antivirulente Kraft des Serums schließen. In gleicher Weise experimentierte er mit dem Serum von Pockenrekonvaleszenten und geimpften Menschen und kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die Angaben Sternbergs, Kinyouns, Béclères etc., daß das Serum mindestens 12 Tage vorher geimpfter Menschen und Tiere Stoffe enthält, welche gut wirkende Lymphe der Fähigkeit berauben, Pusteln zu bilden, ist richtig. 2. Der Nachweis dieser Stoffe ist abhängig von der Versuchsanordnung (Menge und Virulenz der Lymphe, Impftechnik). 3. Beim Kalbe ist die Menge dieser Stoffe 14 Tage nach der Impfung am größten, nach 3 Monaten sichtlich vermindert, aber auch nach 5 Monaten deutlich vorhanden. 4. Im Serum von Menschen, welche 20 Jahre und darüber nicht geimpft waren, können solche Stoffe nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. 5. In großer Menge hingegen im Serum eines gründlich durchgeimpften Menschen. 6. Ebenso im Serum eines Menschen, das 14 Tage nach Ausbruch einer echten Variola entnommen war. 7. Mit dieser Methode läßt sich nicht mit Sicherheit nachweisen, ob ein Mensch geimpft ist oder nicht.

Freyer 1904 entnahm einem vakzinierten Kalbe 4, 7 und 14 Tage nach der Impfung Blutserum. Mischungen von Lymphe mit dem nach 4 Tagen entnommenen Serum ergaben bei der Ver-

Digitized by Google

impfung normale Pusteln. Mischungen mit dem nach 7 Tagen entnommenen Serum im Verhältnis 1 Teil Lymphe: $^1/_2$, 1 und 2 Teilen Serum hatten vielleicht einen anfangs etwas verlangsamten Verlauf der Pusteln zur Folge, bei einem Verhältnis 1:4, 6, 10 einen stärker verlangsamten Verlauf und schließlich Pockenbildung mit starker Eintrocknung in der Mitte; das nach 14 Tagen entnommene Serum wirkte noch stärker abschwächend, tötete aber, der Lymphe zugesetzt, dieselbe in keinem Verhältnisse ab. Er injizierte nun einem Kalbe in viertägigen Zwischenräumen im ganzen 31 cm³ Lymphe intraperitoneal und entnahm demselben 6 Tage nach der letzten Injektion Serum. Dieses schwächte, der Lymphe im Verhältnis $^1/_2$:1 zugesetzt, dieselbe derart ab, daß bei der Verimpfung nur trockene Borken, keine Pusteln entstanden. Alle diese Versuche wurden mit Kälberlymphe gemacht.

Ausgedehnte Versuche machte er mit dem Serum von Kaninchen, denen er mit Kochsalzlösung verdünnte Menschen- oder Kälberlymphe injiziert hatte. Die jedesmalige Menge der Lymphe, welche in 3—5tägigen Zwischenzeiten injiziert wurde, betrug 0·2—0·5 cm³ und im ganzen wurden 4—10 Injektionen gemacht. Die Serumentnahme erfolgte 3—4 Tage nach der letzten Injektion. Ferner stellte er sich Immunsera durch Injektion von Menschen- und Kälberblut, sowie durch Injektion von Serum und Blut eines vakzinierten Kalbes her. Außerdem machte er noch Versuche mit einfachem Kälberserum sowie dem Serum eines vakzinierten Kalbes. Zur Verwendung gelangte Menschen- bezw. Kälberlymphe teils mit homologen, teils mit heterologen Immunseris im Verhältnis 1:1—1:10 gemischt. Die Impfung erfolgte auf Kälber. Es ergab sich, daß sowohl das durch Injektion von Menschenlymphe als auch das durch Injektion von Kälberlymphe erhaltene Immunserum sowohl die Menschen- als auch die Kälberlymphe avirulent mache. Ein deutlicher Einfluß der übrigen Sera auf die Lymphe zeigte sich nicht.

Er machte auch Präzipitationsversuche mit Kälber- und Menschenlymphe und den verschiedensten Immunseris und diesen untereinander, welche fast alle ein positives Resultat ergaben.

Versuche, mittels eines Epithelimmunserums Vakzinelymphe abzuschwächen, bezw. abzutöten, schlugen fehl, ebenso Versuche, durch ein Epithelimmunserum Vakzinelymphe zu präzipitieren.

Er schließt aus seinen Versuchen: Wiederholte Injektionen mit Menschen- und Kälberlymphe beim Kaninchen und Kalbe ergeben ein hochwertigeres Immunserum als die einmalige Vakzination. Durch wiederholte Einspritzungen von Kuhpockenlymphe erhält man ein diese abtötendes Serum; dieses Serum ist ein für Kuhpocken spezifisches Serum.

Zahlreicher sind die Versuche, durch Injektion von Serum vakzinierter und variolisierter Menschen und Tiere bei anderen Tieren und Menschen Immunität zu erzeugen.

Cramer und Boice 1893 entnahmen Kälbern 10—14 Tage nach der Vakzination Blutserum, sterilisierten es durch Koagulieren und injizierten es zu je 400 g sechs anderen Kälbern subkutan. Die nachfolgende Impfung dieser Kälber hatte fünfmal vollen Erfolg, einmal schlug sie fehl. Doch war in diesem einen Falle eine schon vorher bestehende Immunität nicht ausgeschlossen.

Beumer und Peiper 1895 nahmen Kälberserum vom 8.—15. Tage nach der Vakzination und injizierten es anderen Kälbern in Mengen von 60—100 cm³ subkutan. Die Kontrollimpfung wurde 24 bis 96 Stunden später vorgenommen und hatte stets vollen Erfolg. Sie kommen zu dem Schlusse: Im Blute, beziehentlich im Blutserum geimpfter Kälber finden sich keine Schutzstoffe, die, auf andere Kälber übertragen, diesen Immunität zu geben vermögen, oder es sind wenigstens diese Schutzstoffe in solch geringer Menge vorhanden, daß deren praktische Verwendung ausgeschlossen erscheint.

Gundobin 1894 vakzinierte ein Kalb mit humanisierter und animaler Lymphe mit vollem Erfolg. Eine Revakzination am 13. Tage schlug fehl. Die Serumentnahme erfolgte am 26. Tage und es wurden 28 cm³ einem anderen Kalbe

Digitized by Google

injiziert. Die Kontrollimpfung nach 5 Tagen ergab nur kleine Knötchen mit geringer Rötung, keine Pusteln.

In den Mitteilungen des kais. Gesundheitsamtes 1894, Bd. III, S. 42, ist folgender Versuch verzeichnet: Ein Kalb wurde vakziniert und am 4., 6., 8. und 10. Tage revakziniert. Nur die Revakzination vom 4. Tage hatte einen geringen Erfolg, die übrigen schlugen ganz fehl. Am 31. Tage wurde dem Kalbe Serum entnommen und 100 cm³ einem anderen Kalbe subkutan injiziert. Die Kontrollimpfung wurde nach 24 Stunden vorgenommen und ergab verzögerte und abortive Pustelbildung.

Ausgedehnte Versuche machten Hlava und Honl. Sie stellten sich folgende Sera her: Serum vaccin. A. Dieses wurde genommen von einem wiederholt vakzinierten Kalbe, dessen Impfprozeß am 4. Tage zur Entnahme von Lymphe unterbrochen worden war, teils am 26. Tage nach der ersten Impfung, teils am 40. Tage nach derselben, nachdem es 2 Tage vorher noch 1 cm³ Lymphe in die Vena femoralis injiziert erhalten hatte. Zur Verwendung kam Neuhauser Lymphe. Es wurden nun Kälbern 15—30 cm³ dieses Serums subkutan injiziert und 5—10 Tage später Kontrollimpfungen vorgenommen. Ein Einfluß der Injektion zeigte sich insofern, als es teils nur zu unvollkommener Pustelbildung kam, teils im Fehlen der charakteristischen Temperaturerhöhung. Dann wurden von demselben Serum 3—10 cm³ 13 Kindern injiziert und 1—10 Tage später die Kontrollimpfung vorgenommen. Bei 7 Kindern kam es nur an einzelnen Impfstellen zur Pustelentwicklung, bei 6 gar nicht.

Serum vaccin. B wurde gewonnen von einem vakzinierten Kalbe 40 Tage nach der Vakzination mit Neuhauser Lymphe. Es wurden davon Kälbern 5—25 cm³ injiziert; Kontrollimpfung 9—10 Tage später mit Neuhauser Lymphe. Das Resultat war dasselbe wie bei der Injektion mit Serum A; es trat nie vollständige Immunität ein. Dann wurden von diesem Serum 5—10 cm³ Kindern injiziert; die Kontrollimpfung nach 8 Tagen mit Wiener Lymphe ergab schöne Pustelbildung. Die Verfasser glauben die Ursache dieses Ergebnisses in der verschiedenen Wirksamkeit der Neuhauser und der Wiener Lymphe gelegen.

Serum vaccin. C, gewonnen von einem Kalbe, 4 Tage nach der Impfung mit Wiener und Neuhauser Lymphe. Es wurden von diesem Kälbern und Kindern 0·6—1 cm³ auf 1 kg Körpergewicht injiziert. Bei der Kontrollimpfung, welche 4—5 Tage später vorgenommen wurde, entwickelten sich gar keine oder nur abortive Pusteln. Von einem gleichen Serum wurde 7 Kälbern 25—60 cm³ und 6 Kindern $1^1/_2$ bis 3 cm³ injiziert. Nur bei 3 Kälbern und 2 Kindern entwickelten sich Pusteln. Verfasser lassen es unentschieden, ob im Serum C Schutzstoffe oder Vakzinekeime enthalten sind. „Wäre das letztere der Fall, so würde die Serovakzination einer Vakzination mit abgeschwächter Reinkultur gleichkommen." Von demselben Serum C wurden 7 Kindern je 6 cm³ und 4 Erwachsenen bis zu 20 cm³ am 3., 4., 5., 6. und 7. Tag nach der Vakzination injiziert. Nur bei der Injektion am 3. Tage zeigte sich eine Beeinflussung des Vakzineprozesses, bei den übrigen nicht.

Serum variolosum. Dieses wurde gewonnen von einem Kalbe, das zuerst mit Blatternborken intrakutan geimpft worden war und nach einer erfolglosen Vakzination noch eine subkutane Injektion von Blatternborkenemulsion erhalten hatte. Blutentnahme 27 Tage nach der Inokulation, 6 Tage nach der Injektion. Es erhielten nun 6 Kälber von 37—100 kg Körpergewicht 18—60 cm³ Blutserum subkutan eingespritzt. Bei der Kontrollimpfung entwickelten sich niemals Pusteln, nur dreimal leichte Infiltration der Schnitte und Borkenbildung.

Serum vaccinovariolosum: a) Ein Hammel wurde geimpft, dann erhielt er mehrere subkutane Injektionen von Vakzinelymphe, schließlich wurde ihm Blatternborkenemulsion kutan und subkutan eingeimpft. Blutentnahme 68 Tage nach der Vakzination, 11 Tage nach der subkutanen Injektion von Blatternborkenemulsion. Von diesem Serum erhielt ein 68 kg schweres Kalb und ein 35 kg schweres Schaf je 20 cm³. Die Kontrollimpfung nach 11 Tagen ergab bei beiden

Digitized by Google

nur leichte Infiltration der Impfschnitte, keine Pustelbildung. b) Ein Kalb wurde vakziniert, dann 3mal mit Variolaborken inokuliert und erhielt schließlich noch 5 cm³ Blatternborkenemulsion intravenös injiziert. Blutentnahme 40 Tage nach der Vakzination, 6 Tage nach der intravenösen Injektion. Von dem Serum erhielt ein Kind von 3350 g Körpergewicht 10 cm³, eines von 2680 g 5 cm³ und eines von 2860 g 2 cm³. Die Kontrollimpfung nach 10 Tagen war erfolglos. Vier Kälber, 47—49 kg schwer, erhielten 16—49 cm³ Serum; die Kontrollimpfung ergab zweimal Abortivpusteln, zweimal keine Reaktion.

Ferner wurden 4 Kindern, 3 Tage nach der Vakzination, 2—5 cm³ dieses Serums subkutan injiziert; es entwickelten sich keine Pusteln. Zwei Kindern 1 cm³ und einem Erwachsenen 6 cm³, 3 Tage nach der Vakzination injiziert, war ohne Einfluß auf den Verlauf der Vakzine, ebenso Seruminjektionen 4—6 Tage nach der Vakzination bei 2 Erwachsenen und 4 Kindern.

Voigt 1897 impfte ein Kalb und injizierte demselben hierauf in achttägigen Zwischenzeiten subkutan dreimal je $1^1/_2$—2 g Lymphe. Am 12. Tage nach der letzten Injektion wurde das Kalb geschlachtet, sein Blut steril aufgefangen, sofort mit einem Quirl defibriniert und zentrifugiert und von dem abgeschiedenen Serum 60 g einem zweiten Kalbe injiziert. Die Kontrollimpfung nach 8 Tagen ergab abortiven Verlauf der Pusteln.

Landmann 1894 injizierte Blutserum von vakzinierten Bullen, welches am 37.—83. Tage nach der Vakzination entnommen war, Kindern ungefähr im Verhältnis 1:800 des Körpergewichtes. Die nach 24 Stunden vorgenommene Kontrollimpfung war immer positiv. Er injizierte dann Serum vom 28. Tage nach der Vakzination drei Kindern, und zwar einem Kinde von 15 kg Körpergewicht 5 cm³, einem von 6 kg auch 5 cm³ und einem von 6 kg 10 cm³. Auch hier wurde die Kontrollimpfung 24 Stunden später vorgenommen und war stets erfolgreich. Ferner entnahm er Pockenrekonvaleszenten 6 Wochen und 6 Monate nach Ausbruch des Exanthems Blutserum und injizierte es Kindern im Verhältnis 1:800 des Körpergewichtes. Die Kontrollimpfung erfolgte im ersten Falle 48 Stunden, im zweiten 24 Stunden nach der Injektion und verlief stets ohne jede Modifikation. Auch das Blutserum eines Menschen, welcher 4 Monate vor der Entnahme des Serums mit Erfolg revakziniert worden war, konnte, Kindern im Verhältnis 1:800 des Körpergewichtes injiziert, die nach 24 Stunden erfolgende Kontrollimpfung nicht beeinflussen.

Janson 1891 injizierte einem Kalbe 4 g Lymphe subkutan, entnahm das Serum nach 6 Tagen, sterilisierte es durch diskontinuierliche Erwärmung auf 65—70° und injizierte davon 40—50 g anderen Kälbern. Die unmittelbar nach der Injektion vorgenommene Kontrollimpfung ergab abortiven Verlauf der Pusteln. Bei seinen weiteren Versuchen injizierte er den Kälbern bis 8 g Lymphe, entnahm das Serum 5—9 Tage später, sterilisierte es auf dieselbe Weise und injizierte davon anderen Kälbern 60 bis 100 cm³. Die Kontrollimpfung wurde unmittelbar darauf bis 9 Tage später vorgenommen und ergab immer normale Pustelbildung.

Béclère, Chambon und Ménard ließen geimpfte Kühe am Ende der Abtrocknungsperiode der Pusteln verbluten und injizierten das Serum Kühen subkutan hintereinander in kleinen, im ganzen aber in sehr großen Mengen, und zwar bis zu $^1/_{100}$ des Körpergewichtes, also 3 Pfund und mehr. Sie machten auch mehrfache Impfungen und subkutane Injektionen, konnten aber dadurch kein nennenswert aktiveres Serum erzeugen. Die Kontrollimpfung, unmittelbar nach der Injektion vorgenommen, erzeugte entweder gar keine oder nur abortive Pusteln mit unwirksamem Pustelinhalt. Wurde die Kontrollimpfung vor der Seruminjektion vorgenommen, so war die Wirkung umso schwächer, je später die Injektion erfolgte. Die immunisierenden Substanzen treten im Blutserum des geimpften Kalbes 9 bis 13 Tage, meist 12 Tage nach der Impfung auf, also genau mit der Zeit, wo der

Digitized by Google

Pustelinhalt aufhört, virulent zu sein; ungefähr zur selben Zeit auch nach subkutaner Injektion. Ebenso ist es auch beim Rind, Pferd und Menschen. Die Zeit, wie lange sich die Schutzstoffe im Blutserum erhalten, ist sehr verschieden. Beim Kalbe sind sie nach 5 Monaten noch in großer Menge vorhanden. Beim Menschen lassen sie sich mitunter noch 25—50 Jahre nach der Impfung oder Blatternerkrankung nachweisen, mitunter sind sie schon nach wenigen Wochen und Monaten verschwunden. Sie verlieren sich früher aus dem Blute, als die Haut wieder für eine Impfung empfänglich wird.

Rembold 1895 entnahm einem Bullen 6 Tage nach der Vakzination Blut und ließ das Serum im Eiskasten (nach einem Zusatz von 0·5 g Karbol) absetzen. Dann injizierte er von demselben 100 cm³ (= 1:2500 Körpergewicht) einem Kalbe und impfte dasselbe nach 24 Stunden. Es erfolgte normale Pustelbildung. Ferner nahm er bei Ziegen wiederholte Vakzinationen und subkutane Injektionen von Lymphe vor. Von einem Serum, das er 95 Tage nach der ersten Vakzination und 5 Tage nach einer subkutanen Injektion entnahm, injizierte er 25 cm³ (1:1600 Körpergewicht) einer zweiten Ziege. Die Kontrollimpfung hatte zwar „keine Spur einer Reaktion" zur Folge, er impfte aber diese Ziege nach 3 Monaten wieder und erhielt da „zweifellos spezifische Reaktion mit Infiltrat und Pustelbildung". Er injizierte nun von einem Serum, das 8 Monate nach der ersten Vakzination und 4 Tage nach der letzten entnommen war, 25 cm³ (1:1200 Körpergewicht) einem Bullen. Die Kontrollimpfung nach 24 Stunden hatte vielleicht eine geringe Beeinträchtigung der Pusteln, welche jedoch virulenten Inhalt hatten, zur Folge. Von einem 4 Monate nach der ersten und 6 Tage nach der letzten Vakzination entnommenen Serum erhielt ein Bulle 100 cm³ (1:1200 Körpergewicht). Die Kontrollimpfung nach 24 Stunden hatte dasselbe Resultat wie im vorigen Versuche. Ein dritter Bulle erhielt von einem $3^1/_2$ Monate nach der ersten Vakzination und einen Tag nach der letzten Injektion entnommenen Serum 50 cm³ (1:4500 Körpergewicht) und wurde nach 24 Stunden mit vollem Erfolge geimpft.

Wassermann spritzte von dem Blutserum eines Blatternrekonvaleszenten, welches demselben am 35. Tage seiner Erkrankung entnommen war, einem Kalbe 60 cm³ ein, ohne daß dadurch die nach 4 Tagen erfolgende Impfung modifiziert worden wäre.

Tedeschi konnte weder mit dem Serum, noch mit dem ganzen Blute von vorher vakzinierten Kühen, Pferden und Schafen durch subkutane Injektion Menschen und Kühe immunisieren.

Nach Denier 1896 soll die Wirkung der auf das Kaninchen übertragenen Vakzine gehemmt werden, wenn man ihnen früher das Serum eines mit kräftigem Erfolg geimpften Kalbes injiziert. Schickt man die Injektion der Vakzination voraus, so abortiert die Vakzine völlig.

Chaumier und Rehns konnten durch die Injektion des Serums von vakzinierten Kaninchen, das sie 16 Tage nach der Impfung entnahmen, bei Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen keine Immunität erzeugen, ebenso nicht bei der Injektion von Blatternrekonvaleszentenserum.

Zagari injizierte von dem Serum geimpfter Kaninchen anderen Kaninchen 5—8 cm³ pro Kilogramm Körpergewicht. Die nachträgliche Vakzination verlief etwas milder als bei den Kontrolltieren. Die Versuche mit diesem Serum beim Menschen blieben ganz erfolglos. Es wurden auch Kaninchen mit dem Serum von Pockenrekonvaleszenten behandelt. Dieselben bekamen bei der nachträglichen Impfung nur Abortivpusteln, während bei den Kontrolltieren die Infektion in ganz ausgeprägter Weise verlief.

Adicke (zit. n. Voigt) machte folgenden interessanten Versuch. Er injizierte 2 Kälbern gewöhnliches Rinderserum, und zwar 1 cm³ auf jedes Kilogramm Körpergewicht; die nachträgliche Impfung verlief mit abortiven Pusteln. Bei einer Injektion von 1 cm³ auf 600 g Körpergewicht verlief die nachträgliche Impfung ohne jede Reaktion. Diese Versuche werden von Voigt bestätigt.

Digitized by Google

Aus diesen Experimenten geht also hervor, daß im Blutserum geimpfter Tiere Stoffe vorhanden sind, welche die Vakzinelymphe bei Kontakt mit denselben abzuschwächen, resp. unwirksam zu machen vermögen. Nach wiederholten subkutanen Injektionen von Lymphe sind diese Stoffe in größerer Menge vorhanden als nach der einfachen Vakzination. Sie treten in der regressiven Periode der Pusteln auf und verschwinden wieder nach längerer oder kürzerer Zeit, welche in weiten Grenzen schwankt.

Die Versuche, durch Injektion von Serum vakziniert er Menschen und Tiere Immunität gegen eine nachträgliche Impfung zu erzeugen, schlugen fehl oder hatten nur einen unvollkommenen Erfolg.

Literaturverzeichnis.

Bohn: Handbuch der Vakzination. Leipzig 1875.

L. Pfeiffer: Die Vakzination und ihre Technik. Tübingen 1884.

Kuhn: Gazette méd. de Straßbourg. 1855, Nr. 5. (Refer. Prager Vierteljahrsschr. f. prakt. Heilkunde, Bd. XLIX, S. 125, 1856.

Vetter: Revakzinationsversuche zur Bestimmung des Eintrittes der Allgemeininfektion. Archiv f. Heilkunde, 1860.

Sobotka: Zur Kenntnis des Vakzineprozesses. Zeitschr. f. Heilkunde, Bd. XIV, 1893.

Janson: Versuche zur Erlangung künstlicher Immunität bei Variolavakzine. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. X, 1891.

Tanaka: Zur Erforschung der Immunität durch die Vakzination. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XXXII, 1902.

L. Pfeiffer: Die modernen Immunitätslehren und die Vakzination. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., Bd. XLIII, 1903.

Tedeschi: La immunisazione del vaccino et del variolo. Triest 1901.

Lüders: Versuch einer kritischen Geschichte der bei Vakzination beobachteten Blattern. Altona 1824.

Heim: Historisch-kritische Darstellung der Pockenseuchen, des gesamten Impf- und Revakzinationswesens im Königreiche Württemberg innerhalb der fünf Jahre 1831—1836. Stuttgart 1838.

Borggreve: Preuß. Vereinszeitung, XXIV, Nr. 13, 1855.

Hérard: Union med., Nr. 108—110, 1848.

Hortum: Hufel. Journal, 1810, H. 31, S. 45.

Perennon: Hufel. Journal, 1804, XIX, S. 91.

Rillet u. Barthes: Traité des maladies des enfants, Bd. XXXII, S. 91.

Simonetta: Giorn. d'igiena, Nr. 10, 1888.

Wedekind: Realenzyklopädie Eulenbergs u. Afanassiews, 1866, Bd. XIV, Arch. Huberts.

Gintrae: Journ. de Méd. de Bordeaux, 1858.

Kotowtschikoff: Ueber die Behandlung des Eiterungsfiebers der Variola. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XXXVIII. 1899.

Marty: Varioloide au vingt-deuxième jour après une revaccination suivie de succès. Gaz. des hôpitaux, Nr. 77, S. 765, 1895.

Strauß, Chambon et Ménard: Compt. rend. de soc. de biol., 1890, S. 721.

Strauß, Chambon et Ménard: Recherches experimentales sur la vaccine chez le veau. La semaine méd., Nr. 57, 1890.

Warlomont: Traité de la vaccine. Paris 1883.

Fröhlich: Versuche über Retrovakzination. Württemb. med. Korrespondenzbl., Nr. 20, 1867.

Senfft: Mitteilung von Versuchen über den gegenseitigen Ausschluß von Kuh- und Menschenpocken, sowie von Injektionen von Lymphe in das subkutane Zellgewebe und in Venen am Kalbe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1872,

Rehns: Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale. Compt. rend. de soc. de biol., S. 112, 1902.

Chaumier u. Rehns: Notes experimentales sur la vaccine. Gaz. med. du centre, Nr. 3, 1903.

Calmette u. Guerin: Recherches sur la vaccine experimentale. Ann. de l'Inst. Past., Bd. XV, Nr. 3, S. 161.

Zagari: Alcune richerche sperimentali sulla sierotherapia antivajulosa. L'Ufficiale sanitorio 1897. (Ref. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XXII.)

Béclère, Chambon et Ménard: Etudes sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vacciné. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1896, 1898, 1899.

Digitized by Google

Béclère, Chambon et Ménard: Le pouvoir antivirulent de l'homme et des animaux immunisées contre l'infection vaccinale ou varioleuse. Gaz. des hôpit., S. 11, 1899.

Ernst Pfeiffer: Untersuchungen über die Dauer des Schutzes der Schutzpockenimpfung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, Bd. XIX, XXI u. XXII, 1901.

Kübler: Ueber die Dauer der durch die Schutzpockenimpfung bewirkten Immunität gegen Blattern. Arb. a. d. k. Gesundheitsamte, 1898.

Glokowski: Ueber die Dauer des Impfschutzes der I. Impfung. Zeitschr. f. Med.-Beamte, Nr. 12 u. 13, 1892.

Lotz: Pocken und Impfung. Basel 1880.

Dietrich: Mehrere Fälle von echten Pocken und über die Ansteckungsgefahr bei Pocken und die Immunität bei Geimpften. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 29, 1897.

Reiter: Beiträge zur richtigen Beurteilung und erfolgreichen Impfung der Kuhpocken. München 1846.

Wolffberg: Zur Registrierung der neueren Pockenfälle. Zentralbl. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1886.

Voigt: Vakzine und Variola. Deutsche Vierteljahrsschr., f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. XV, 1883.

Chauveau: Contribution à l'étude de la vaccine originelle. Paris 1877.

Raynaud: Etudes experimentales sur le rôle du sang dans la transmission de l'immunité vaccinale. Compt. rend. de l'acad. Paris, Bd. XXIV, 1877.

Arbeiten aus dem k. Gesundheitsamt. Bd. VI, S. 86, 1890.

Voigt: Ueber den jetzigen Stand der vakzinalen Serumtherapie. Allg. med. Zentralztg., S. 47, 1897.

Kinyoun: Hyg. Rundschau, S. 336, 1895.

Sternberg: Wissenschaftliche Untersuchungen über das spezifische Infektionsagens der Blattern und die Erzeugung künstlicher Immunität gegen diese Erkrankung. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XIX, 1896.

Courmont et Montegard: Essais de sérotherapie dans la variole. Journ. de Phys. et de Pathol., Bd. II, S. 820.

Eliot: Vaccine serum in the treatement of variola. Medical News, Bd. LXVI, 1896.

Martius: Experimenteller Nachweis der Dauer des Impfschutzes gegenüber Menschen- und Kuhpocken. Arb. aus dem k. Gesundheitsamte, Bd. XVII.

Freyer: Das Immunserum der Kuhpockenlymphe. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XXXVI, 1904.

Cramer u. Boice: The nature of vaccine immunity. Brit. med. Journ., Nr. 4, 1893 und Ther. Gaz., 1893.

Beumer u. Peiper: Zur Vakzineimmunität. Berl. klin. Wochenschr., S. 735, 1895.

Gundobin: Zur Frage der Schutzpockenimpfung. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXXVII, 1894.

Mitteilungen des k. Gesundheitsamtes, Bd. II, S. 42, 1894, und Bd. III, S. 319, 1896.

Hlava u. Honl: Serum vaccinium und seine Wirkung. Autoref. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., 1895.

Hlava u. Honl: Versuche mit dem Serum von vakzinierten, variolisierten und vakzinovariolisierten Tieren. Autoref. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., 1896.

Landmann: Finden sich Schutzstoffe in dem Blutserum der Individuen, welche Variola, beziehungsweise Vakzine überstanden haben? Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. XVIII, 1894.

Rembold: Versuche über den Nachweis von Schutzstoffen im Blutserum bei Vakzine. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XVIII, 1895.

Wassermann: Ueber Variola. Charité Ann., XX, Nr. 2.

Denier: La vaccine chez le lapin et ses modifications sous l'influence des injections de serum de génisse vacciné. Ann. d'hyg. publique, XXXXVI, 1896.

De Waele: Die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen einer pathogenen Wirkung des Blatternvirus und der Kuhpockenlymphe. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XXXVI, Nr. 10/11, 1905.

De Waele et Sugg: Experimentelle Untersuchungen über die Kuhpockenlymphe. Zentralbl. f. Bakt. u. Paras., Bd. XXXIX, H. 1, 1905.

Digitized by Google

REFERATE.

Innere Medizin.

Albuminurie.

1. **Pathogenetische und klinische Studie über die orthostatischen Albuminurien.** Von Alfred Courcoux. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Ueber physiologische und pathologische Albuminurie.** Von Hermann Senator. Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Zur Frage der physiologischen Albuminurie.** Von O. v. Leube. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Diskussion des Vortrages von Senator** (siehe 2). Salomon, Fürbringer, Casper, Senator. Ref. Fritz Loeb, München.
5. **Ueber intermittierende Albuminurie im Kindesalter, ihre Beziehung zur tuberkulösen Belastung und ihren Wert als Vorboten der Infektion.** Von Teissier. Ref. Fritz Loeb, München.
6. **Beiträge zur Lehre von der zyklischen Albuminurie.** Von Schaps. Ref. Fritz Loeb, München.
7. **Zur Kenntnis der konstitutionellen (orthotischen) Albuminurie.** Von Franz Greß. Ref. Fritz Loeb, München.
8. **Die Unterscheidung zwischen „physiologischer" Albuminurie und nephritischer Albuminurie.** Von A. E. Wright und G. W. Roß. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei der Pubertätsalbuminurie.** Von M. Matthes, Köln. Ref. Fritz Loeb, München.
10. **Allgemeine Erörterungen und neue Untersuchungen über das Zustandekommen der febrilen Albuminurie und die Art der während ihres Bestehens ausgeschiedenen Eiweißkörper.** Von Johannes Thode. Ref. Fritz Loeb, München.
11. **Senile Albuminurie.** Von A. E. Austin. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
12. und 13. **Kurze Referate über zwei Arbeiten** von J. Bergen Ogden und Stengel. Ref. Fritz Loeb, München.
14. **Ueber Pubertätsalbuminurie.** Von W. Meiner. Ref. Fritz Loeb, München.
15. **Ueber den Einfluß der Körperhaltung und des Blutdruckes auf die Albuminurie der Nephritiker.** Von Arnold Lichtenstein. Ref. Fritz Loeb, München.
16. **Wiederholte Schwangerschaften bei Albuminurischen.** Von Dr. Boissard. Ref. G. Wiener, München.
17. **Beitrag zur Kenntnis der orthostatischen Albuminurie.** Von Josef Novak. Ref. Fritz Loeb, München.
18. **Eiweißbestimmung.** Von Paquet. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Den Namen „orthostastische Albuminurie" wünscht Vf. für die durch aufrechte Körperhaltung bedingten Albuminurien reserviert. Die klinischen Bedingungen, unter denen diese Art von Albuminurie eintritt, die Art ihres Auftretens und Wiederverschwindens erinnern durchaus an jene Albuminurien, die durch Verlangsamung des Blutstromes in der Niere experimentell erzeugt werden können. Deshalb ist auch die orthostatische Albuminurie nach Courcoux als eine Zirkulationsstörung in der Niere aufzufassen. Vf. nimmt keine organische Störung der Niere, respektive des „Nierenfilters" an, sondern hält eben diese Zirkulationsstörung für das ausschlaggebende Moment.

Bei einer anderen Art der Albuminurie kommt der aufrechten Körperhaltung nur eine sekundäre Rolle zu: es sind dies die zyklischen, digestiven, nervösen, Ermüdungs-, die unregelmäßig remittierenden etc. Albuminurien.

Bei der Therapie der reinen funktionellen orthostatischen Albuminurie ist die Stärkung der Konstitution durch roborierende Diät, physikalische Therapie und die Bekämpfung der vaskulären Atonie die Hauptsache. Wird eine renale Läsion angenommen, so hat neben dieser Therapie sich das Augenmerk auf die zweckmäßige Regelung der Diät zu richten. — (Thèse de Paris, 1904.)

2. Bei manchen gesunden Individuen erzeugen ungewöhnliche, aber noch innerhalb physiologischer Grenzen liegende Anlässe eine Eiweißausscheidung im Urin, die mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nachweisbar ist. Solche außergewöhnliche physiologische Anlässe sind: anstrengende Muskelarbeit der unteren Extremitäten, die Einnahme, respektive

Digitized by Google

Verdauung einer reichlichen Mahlzeit, die Menstruation, kalte Bäder, sexuelle Aufregungen. Nur diese Eiweißausscheidung ist nach Senator eine „physiologische Albuminurie", und nicht jene spurenweise Eiweißausscheidung, die in jedem normalen Harn vorkommt. „Pathologisch" wird die Albuminurie erst dann, wenn sie nicht nur bei solchen zwar ungewöhnlichen, aber noch als physiologisch zu bezeichnenden ursächlichen Momenten sich einstellt, sondern wenn sie sich unter gewöhnlichen Lebensbedingungen zeigt. Als pathologisch bezeichnet deshalb Senator: Ueber physiologische und pathologische Albuminurie (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 50, 1904) die sogenannte zyklische, orthostatische oder orthotische Albuminurie, die bei lebenswichtigen, notwendigen Funktionen: Gehen, Stehen, Sitzen auftritt. Als pathologisch auch deshalb, weil sie sich hauptsächlich bei schwächlichen Individuen, nach Infektionskrankheiten und als letzter Ausläufer einer Nephritis zeigt. Meist liegt nach Senator ein leichter Reiz- oder entzündlicher Zustand zugrunde. Selten wird mehr als 0·5‰ Albumen ausgeschieden. Während die pathogenetische Grundlage dieser so interessanten Affektion nach Leube in einer angeborenen größeren Durchlässigkeit der Glomerulusmembran zu suchen ist, erklärt sie Senator als Folgeerscheinung einer angeborenen oder erworbenen Disposition neben einer abnormen Beschaffenheit verschiedener Organe, wie des Verdauungstraktus, der Blutgefäße und der Blutflüssigkeit. Senator weist die Leube'sche Theorie deshalb zurück, weil sie den veränderlichen Charakter und die Möglichkeit eines gänzlichen Schwindens dieser Albuminurien nicht zu erklären vermöge.

3. Leube verteidigt jedoch seinen Standpunkt und weist darauf hin, daß man das Intermittieren und Verschwinden der Eiweißausscheidung sehr wohl erklären könne, wenn man annehme, daß unter entsprechender Behandlung: systematische Hebung der Muskelkraft und Verminderung der Ermüdbarkeit und nervösen Reizbarkeit, diejenigen Faktoren, welche die Eiweißausscheidung auslösen, trotz Fortbestehens des undichten Nierenfilters bei Ausführung solcher therapeutischer Uebungen weniger zur Wirkung kommen. Er weist darauf hin, daß auch die Tatsache, daß bei einzelnen Individuen trotz sicherer Nierenstauung die Eiweißausscheidung ganz ausbleibe, und deshalb eine angeborene Verschiedenheit der Dichte des Nierenfilters angenommen werden müsse, seine Theorie stütze. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 3, 1905.)

4. In der Diskussion des Senatorschen Vortrages (Verein f. innere Med. Berlin) äußerte Salomon die Anschauung, daß es keine physiologische Albuminurie gebe. Jede Eiweißausscheidung sei als pathologisch zu betrachten. Wie zweifelhaft die Prognose und Diagnose dieser Albuminurien sei, illustriere der Fall eines Kollegen, bei dem physiologische Albuminurie diagnostiziert und dem die Erlaubnis zur Ehe gegeben worden sei. Nach einigen Jahren erlag er einer Schrumpfniere. Fürbringer hat einen Fall von intermittierender Albuminurie, bei dem bis 6‰ Albumen nach intensiver depressiver Erregung ausgeschieden wurde, beobachtet. Den Fall hat er bereits 1879 mitgeteilt; der betreffende Albuminuriker lebt heute noch.

Casper hat drei Fälle intermittierender Albuminurie beobachtet, die alle in Nephritis übergingen.

In seinem Schlußwort erklärte auf Befragung Senator, daß er bei „pathologischer" Albuminurie (in seinem Sinne, siehe oben) die Aufnahme in eine Lebensversicherung nur mit einer gewissen Erhöhung der Prämie empfehle.

5. Nach den Ausführungen von Teissier (Lyon) auf dem internationalen Tuberkulosekongreß in Paris (Oktober 1905) kann in allen Fällen juveniler Albuminurie eine hereditäre oder familiäre Disposition angenommen werden, da in der Aszendenz dieser Fälle arthritisch uratische Diathesen, respektive Nephritis und Tuberkulose zu finden seien. Tuberkulöse Belastung war in 34% der Fälle nachzuweisen. Am deutlichsten wird der

Digitized by Google

Zusammenhang zwischen tuberkulöser Infektion und Albuminurie in der Zeit der Pubertät. In diesen Fällen handelt es sich meist um die chronische intermittierende, seltener die orthotische Form der Albuminurie. Sechs der 34 Fälle Teissiers starben an akuter oder subakuter Tuberkulose. Einige Wochen oder Monate vor dem Ausbruch der manifesten tuberkulösen Infektion verschwand die Albuminurie plötzlich. Teissier betrachtet bei mit Tuberkulose Belasteten das Auftreten intermittierender Albuminurie verbunden mit Dilatatio ventriculi, Steigerung des Blutdruckes und Steigerung der Phosphatausscheidung als Beweis für die tuberkulöse Natur des ganzen Krankheitsbildes.

6. Nach den Untersuchungen von Schaps aus der königl. Universitäts-Kinderklinik zu Breslau sind in der Mehrzahl der Fälle Infektionskrankheiten dem Zeitpunkt der Feststellung der zyklischen Albuminurie vorangegangen. Von 35 mitgeteilten Fällen haben 23 nennenswerte Infektionskrankheiten überstanden. Die Häufigkeit, mit welcher sich die einzelnen Infektionskrankheiten daran beteiligen, ist folgende: Masern 15mal, Scharlach achtmal, Keuchhusten sechsmal, Diphtherie sechsmal, Lungenentzündung viermal, Windpocken zweimal. In keinem der Fälle ist aber im direkten Anschluß an die Infektionskrankheit eine zyklische Albuminurie aufgetreten.

Gleichwohl mißt Vf. den Infektionskrankheiten und den in ihrem Gefolge auftretenden akuten Nierenaffektionen keinen Einfluß auf das Entstehen der zyklischen Albuminurie bei. Das häufige ausgedehnte familiäre Vorkommen derselben weist vielmehr nach seiner Meinung auf eine individuelle Disposition hin. — (Diss. Breslau, 1902.)

7. Nach Greß sind aus den anamnestischen Angaben der Patienten Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer konstitutionellen Albuminurie nicht zu finden. Diese ist eine in der Kindheit und zur Pubertätszeit sehr häufig, bei Erwachsenen selten zu beobachtende Affektion. Durch alle Altersklassen findet sie sich; beim weiblichen Geschlecht in viel größerer Zahl als beim männlichen, am ausgesprochensten zur Pubertätsperiode. Die konstitutionelle Albuminurie findet sich in der weitaus großen Mehrzahl der Fälle in Begleitung von allgemeinen oder auf besondere Organe oder Organsysteme ausgedehnten Schwächezuständen; für das Kindesalter kommt hiefür neben der allgemeinen Entwicklungsschwäche besonders die Skrofulose und die dilatative Herzschwäche, in der Pubertätszeit neben dieser letzteren in überwiegender Zahl die Chlorose in Betracht. In den späteren Jahren sind es aus der Jugend zurückgebliebene oder erworbene Schwächezustände körperlicher Art oder solche auf nervöser Basis. Für Vf. ist die zyklische Albuminurie nach Martius' Auffassung der Ausdruck einer Organanomalie, die, ohne schon eine Krankheit zu sein, eine Krankheitsanlage darstellt; physiologisch nämlich hält das Glomerulusepithel das Bluteiweiß zurück, pathologisch-anatomische Veränderungen von entzündlicher oder degenerativer Art anderseits fehlen bei der zyklischen Albuminurie vollständig. Zwischen diesen Grenzen liegt sie als ein Zustand funktioneller Minderwertigkeit der Nierenepithelien. Hier genügen zur Auslösung der Eiweißausscheidung schon Reize, durch welche Individuen mit normal geratenen Nieren in dieser Weise noch nicht reagieren, und zwar ist die Gewebsschwäche derartig groß, daß schon gewissermaßen physiologische Reize, wie sie in den gewöhnlichen Lebensverhältnissen gegeben sind, wie das Aufsein und das Umhergehen, hinreichen, um diese Niere in ihrer Funktion versagen zu lassen. — (Diss. Rostock, 1902.)

8. Zur Unterscheidung zwischen „physiologischer Albuminurie" und nephritischer Albuminurie dient A. E. Wright und G. W. Roß der „exkretorische Quotient" als Ausdruck der Arbeit der Niere. Um ihn zu erhalten, läßt man den Patienten die Blase entleeren, entnimmt ihm etwas Blut und möglichst rasch darauf etwas Urin. Von Blutserum und Urin fertigt man dann stufenweise Ver-

Digitized by Google

dünnungen an, von denen eine jede mit Blut im Verhältnis von 2:1 vermischt wird. Den exkretorischen Quotienten erhält man dann, wenn man die stärkste Verdünnung des Urins, die noch vollkommene Hämolyse bewirkt, mit der stärksten Verdünnung des Blutes, die dasselbe erzielt, dividiert. Bei physiologischer Albuminurie soll dieser Quotient nie unter 2 bleiben, ebenso bei Gesunden. Die physiologische Albuminurie soll nach den Vfn. durch Lymphtranssudation in die gesunden Tubuli zustande kommen; daher alles, was diese zu befördern imstande ist, die Albuminurie befördert, so Vermehrung des Druckes in den Nierenkapillaren und verminderte Gerinnbarkeit des Blutes. Der Druck in den Kapillaren wird vermehrt durch Körperarbeit, durch psychische Erregung, durch Einnehmen der aufrechten Stellung: alles dies vermehrt die Albuminurie. Weiter hat man in der Tat bei der physiologischen Albuminurie Verminderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes gefunden, und die Vf. schlagen daher vor, neben den Mitteln zur Druckerniedrigung Kalziumsalze zu ordinieren. (Bei uns ist man bekanntlich in den letzten Jahren bezüglich der Bedeutung des Blutdruckes infolge der Arbeiten Edels ganz anderer Ansicht geworden. D. Ref.) — The Lancet, 21. Okt., 1905.)

9. Nach den Untersuchungen von M. Matthes (Köln) über das Verhalten des Blutdruckes bei der Pubertätsalbuminurie zeigen die Fälle von Pubertätsalbuminurie oder Pubertätsstörungen des Zirkulationsapparats in weitaus der Mehrzahl einen normalen oder eher etwas verminderten Blutdruck. In den wenigen Fällen mit Erhöhung des Blutdruckes blieb dieselbe stets geringfügig und unter 104 mg Hg. Dieser Befund läßt sich vielleicht zu differentialdiagnostischen Abgrenzungen zwischen Pubertätsalbuminurie und interstitieller Nephritis verwerten. — (Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 82.)

10. Die febrile Albuminurie ist nicht durch die Temperaturerhöhung als solche bedingt. Stauung ist in vielen Fällen die alleinige Ursache. Meist ist das Auftreten der febrilen Albuminurie auf eine Nierenschädigung zurückzuführen, die durch Ausscheidung von Bakterien oder ihrer Toxine entsteht. In einigen Fällen muß Stauung und Nierenschädigung als Ursache beschuldigt werden. Tritt Eiweiß auf, so ist stets ein durch Essigsäure fällbarer Eiweißkörper (Nukleoalbumin) nachweisbar. Derselbe wird fast immer durch Essigsäure im Ueberschuß wieder gelöst, nur in wenigen Fällen wird ein Eiweißkörper ausgeschieden, der sich nicht im Ueberschuß von Essigsäure wieder löst. Neben Nukleoalbumin ist meist auch Serumalbumin vorhanden, dasselbe wird aber in geringerer Menge als das Nukleoalbumin ausgeschieden und verschwindet eher wieder aus dem Urin. Ausnahmsweise wird neben diesen beiden Albuminen auch Serumglobulin ausgeschieden, das die Nieren am schwersten passiert und auf eine schwere Nierenschädigung hinweist.

Albuminurie fand Vf. in 73·81% der Fälle; Albumosurie in 21·43%; Albumosurie nach oder bei Albuminurie in 45·16%; Albumosurie im ganzen also in 54·76%; weder Albuminurie noch Albumosurie in 4·76%. — (Diss. Würzburg, 1904.)

11. Austin untersuchte bei 45 Männern über 64 Jahren den Urin und fand in 19 Fällen echtes Albumin darin, teils allein, teils mit Muzin kombiniert; in 16 Fällen war nur Muzin nachweisbar. Die Patienten zeigten durchaus keine nephritischen Symptome, fühlten sich vielmehr, abgesehen von ihren Altersbeschwerden, wohl. Sie zeigten allerdings eine auffallend geringe Harnstoffausscheidung; allein diese ist lediglich auf geringere Nahrungszufuhr, nicht etwa auf Retention zu beziehen. Als Ursache der Albuminurie dachte Vf. an eine Reizung der Nieren durch Indikan, dessen Menge infolge der bei Greisen bestehenden Obstipation vermehrt sei; doch ergab sich kein Zusammenhang zwischen vermehrter Indikan- und Eiweißausscheidung. — (Boston Med. and. Surg. Journ., Bd. 153, 1905.)

Digitized by Google

12. J. Bergen Ogden empfiehlt im Gegensatz zu anderen Autoren bei intermittierender Albuminurie reichliche Bewegung in frischer Luft, daneben sorgfältige Diät und einfache Ernährung. Als Tonika bewähren sich Eisen, Arsen, Chinin und Strychnin, je nach dem einzelnen Fall. — (Bost. med. Journ., 1904.)

13. Stengel berichtete (The americ. med. Assoc., July 1905) über eine Frau, die an „fluktuierender" Albuminurie litt und der deshalb von einer Ehe abgeraten worden war. Sie heiratete trotz Fortbestehens ihrer Albuminurie, gebar in normalen Graviditäten (nie Eklampsie) drei Kinder. Es stellten sich nicht nur keinerlei nephritische Symptome ein, sondern es kam sogar zum völligen Verschwinden der Eiweißausscheidung.

14. Die richtige Diagnose der physiologischen Albuminurie ist, wie Meiner ausführt, wegen der Frage, ob die betreffenden Individuen militärpflichtig sind, heiraten dürfen oder in eine Lebensversicherung aufgenommen werden können u. s. w., von eminenter Wichtigkeit. Der Umstand, daß differentialdiagnostisch gewisse pathologische Zustände in Betracht kommen, wie Fälle ausklingender Nephritis, Nephritiden im Beginn ihrer Entstehung und schleichend verlaufende interstitielle Nephritiden, beweist die Schwierigkeit der Diagnose zur Genüge, ja Senator ist von der Unmöglichkeit überzeugt, eine scharfe Grenze zwischen physiologischer und „pathologischer" Albuminurie zu ziehen. Nach seiner Meinung kommen von einer zur anderen Uebergänge vor. Zudem ist es schon lange bekannt, daß die Symptome dieser Krankheitsbilder in gewissen Stadien ebenso wie diejenigen der physiologischen Albuminurie sich auf die Intermittenz der Eiweißausscheidung beschränken, während allgemeine Krankheitserscheinungen, wie Herzhypertrophie, gespannter Puls und Zylinder im Harn fehlen können.

Für die Diagnose sehr wertvolle Anhaltspunkte gibt Penzoldt in seinem Vortrag: „Ueber Ursachen und frühzeitige Erkennung chronischer Nierenentzündungen". Gelegentlich einer Massenuntersuchung fand er vor einer Körperanstrengung nie, nach einer solchen in 12% Eiweißspuren. Zur Lösung der praktisch wichtigen Frage, ob es sich bei diesen Individuen um physiologische Albuminurie oder um geringe Resistenzfähigkeit des Nierengewebes handle, die bei andauernder Einwirkung und Häufung der Anstrengungen schließlich zu dauernder Erkrankung führen könne, wurden ausführliche Sedimentuntersuchungen angestellt. Ihre Resultate ergaben in diagnostischer Hinsicht folgendes Bemerkenswerte: Leukozyten, Nierenepithelien und, wie es scheint, auch Zylinder können in spärlicher Zahl auch bei ganz Gesunden, bezw. nach geringen Anlässen, wie Körperanstrengung, Alkoholgenuß, auftreten. Man darf daher aus einem einmaligen Befund noch nicht auf eine dauernde Erkrankung der Niere schließen. Reichliches Auftreten und andauerndes Vorhandensein der genannten drei Formbestandteile werden, zumal wenn mit Albuminurie verbunden, immer als sehr suspekt anzusehen sein. Wenn man in einem Falle jene Elemente in geringer Menge gefunden hat und sich nicht getraut, daraufhin die Diagnose bestimmt auf Nephrititis zu stellen, so soll man nach Penzoldt strenge Ruhe und Vermeidung von allen scharfen Nahrungsmitteln und Getränken, insbesondere von Alkohol und von Spargel, Rettig, Tee, Kaffee, englischem Senf, anordnen und alles verbieten, was auf der Zunge ein brennendes Gefühl hervorruft. Nach einigen Tagen ist die Sedimentuntersuchung zu wiederholen. Wenn dann der Befund der gleiche ist, so nehme man getrost eine Nierenentzündung an. Andere Symptome einer Nierenkrankheit dürfen sich natürlich ebenfalls nicht nachweisen lassen, wenn die Diagnose physiologische Albuminurie gestellt werden können soll. So müssen vor allem jegliche auf Urämie hindeutende Symptome fehlen, ebenso auch eine erhebliche Pulsspannung. Der Augenspiegelbefund muß ein negativer sein und auch von einer Herzhypertrophie darf nicht die Rede sein. Dazu kommt die Forderung einer äußerst genauen Unter-

Digitized by Google

suchung des Urins auf seinen Eiweißgehalt. Ausnahmslos soll der Harn zur Zeit der Bettruhe eiweißfrei sein, und die zu anderen Zeiten im Urin ausgeschiedenen Eiweißmengen dürfen nur ganz gering sein, nach Leube bis zu 0·1‰, nach v. Noorden bis gegen 0·4‰. Um die erwähnte Forderung erfüllen zu können, ist es nötig, die betreffenden Individuen lange Zeit hindurch, etwa ein Jahr, zu beobachten. Auf diese Weise wird man sicher Gelegenheit haben, sich immer wieder von dem Fehlen jedes auf Nephritis auch nur hindeutenden Symptoms zu überzeugen.

Die große Mehrzahl der in der Literatur geschilderten Fälle von zyklischer Albuminurie oder, wie man sie auch genannt hat, von Albuminurie im Jünglingsalter (Moxon), von orthotischer Albuminurie (Heubner) und von konstitutioneller Albuminurie (Martius) stimmt in ihrem Wesen mit dem der Pubertätsalbuminurie völlig überein. Klemperer hat ein „charakteristisches Krankheitsbild" aufgestellt: Die jugendlichen Patienten bieten meist außer einem anämischen, vielfach auch abgemagerten Aussehen keine auffälligen Symptome dar. Vor allen Dingen fehlt jedes Zeichen einer organischen Nierenerkrankung. Meist sind es nervöse, neurasthenische Individuen. Ihre Klagen sind unbestimmter Natur und beziehen sich zumeist auf nervöse Erscheinungen, wie Kopfschmerz, Rückenschwäche, Abspannung, Unbehagen, Energielosigkeit und Unlust zu körperlicher und geistiger Anstrengung. Oft treten Magenbeschwerden in den Vordergrund, Mangel an Appetit, Aufstoßen nach dem Essen, das Gefühl von Völle und Aufgetriebenheit.

Das Untersuchungsmaterial des Vfs. bestand aus 151 Schülern im Alter von 11—19 Jahren. Nach einstündigem Stehen, wie z. B. nach einer Gesangsstunde oder nach einer Turnstunde, in der teils ein Dauerlauf, teils langdauerndes Klettern, Springen u. s. w. geübt worden waren, wurden die Urine derart in einwandfreier Weise der Untersuchung zugänglich gemacht, daß die Schüler in kleineren Gruppen in einem Nebenzimmer den Harn in je ein Glasgefäß entleerten, das vorher mit dem betreffenden Namen bezeichnet war. Die Untersuchung auf Eiweiß geschah mit der Essigsäure-Ferrozyankaliumprobe (Kontrolle mit Koch und Heller-Probe). Auf diese Weise konnte Vf. bei 29 (unter 151) Schülern Eiweiß im Urin feststellen, und zwar handelte es sich durchwegs um Pubertätsalbuminurie, eine Diagnose, die sich aus folgenden Erwägungen ergab: Die subjektiven und objektiven Symptome waren durchaus charakteristische, während alle Anzeichen einer Nephritis fehlten. Da die sekundären nephritischen Veränderungen bekanntermaßen aber gerade bei jugendlichen Individuen in der Regel sehr wenig ausgesprochene zu sein pflegen, insbesondere Pulsspannung, Herzhypertrophie, Verstärkung des zweiten Aortentones fehlen können, so hatte sich die Diagnose im wesentlichen auf folgende Urinbefunde zu stützen, die jede Möglichkeit einer Erkrankung des Nierenparenchyms ausschließen helfen. Die Eiweißausscheidung zeigte stets den bekannten orthotischen Typus. Jedesmal, wenn die Patienten längere Zeit gestanden waren oder geturnt hatten oder auch nur ein wenig herumgelaufen waren, ja selbst nach dem einfachen Gang in die Klinik, ließ sich Eiweiß im Harn nachweisen. Ferner konnte beobachtet werden, daß nach anstrengendem Stehen und nach ermüdendem Turnen diese Eiweißausscheidung beträchtlicher war als nach ruhigem Gehen. Die nach Bettruhe untersuchten Urine, also der Morgenurin, waren ausnahmslos eiweißfrei. Der Eiweißgehalt war fast stets ein sehr geringer, so daß die Esbach'sche Probe einen nennenswerten Ausschlag nicht zeigte. Nur bei drei Fällen konnte Vf. bis 1 oder 1½‰ beobachten. Hier lag der Verdacht auf Nephritis nahe, doch sprach der Sedimentbefund gegen diese Annahme. Seine Menge, obwohl es durch Zentrifugieren gewonnen wurde, war in allen Fällen sehr gering. Rote und auch weiße Blutkörperchen wurden in keinem Falle gefunden, ebensowenig Epithelien der Harnwege. Mit einer einzigen Ausnahme waren gra-

Digitized by Google

nulierte Zylinder nicht nachweisbar. Ganz vereinzelte hyaline Zylinder (1—2) wurden in vier Fällen sichtbar, aber nur, wenn der Untersuchung starke Muskelanstrengung vorausgegangen war.

Lommel, welcher 587 junge Leute untersucht hat, fand bei 111 von ihnen Pubertätsalbuminurie, also in 19%, ein Ergebnis, welches mit dem des Vfs. nahezu übereinstimmt: 29 von 151 = 19·2%.

Die Anamnese ergab, daß die meisten Patienten in früherer Zeit infektiöse Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, Lungenentzündung, Windpocken, Angina, überstanden hatten. Doch lagen diese Krankheiten in allen 29 Fällen zeitlich so weit zurück, daß sie zur Albuminurie in ursächlichen Zusammenhang nicht unbedingt gebracht werden können.

Für die Aetiologie der Pubertätsalbuminurie haben sich bis jetzt noch keine klaren Anhaltspunkte finden lassen. Eine Reihe von Momenten, die teils einen sicheren, teils einen hypothetischen Zusammenhang mit der Pubertätsalbuminurie haben, sei hier nur kurz angedeutet. Wechsel von der horizontalen zur aufrechten Körperhaltung, Muskeltätigkeit, Gehen, nervöse Erscheinungen, Gemütsbewegungen, geistige Anstrengung, Wirkung kalter Bäder.

Eine Reihe von Nahrungsmitteln übt einen reizenden und deshalb besonders bei Pubertätsalbuminurikern zu vermeidenden Einfluß aus: Spargel, Tee, Kaffee, englischer Senf, Alkohol. Ein Einfluß der Nahrungsaufnahme an sich besteht nicht. Von allen ätiologischen Momenten mißt Vf. der Position auf den Füßen den größen Einfluß zu und befindet sich damit in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren. Aus diesem Grunde hat man vielfach den Namen „orthotische" Albuminurie bevorzugt.

Von den meisten Autoren wird die Prognose der Pubertätsalbuminurie als günstig bezeichnet. Doch darf nicht vergessen werden, daß Pubertätsalbuminuriker zu einer Nephritis mehr veranlagt sind, als gesunde Individuen.

Frühzeitig sind therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, die sich zunächst gegen die Symptome, vor allem gegen die Anämie zu richten haben und zweckmäßig in der Verordnung von Eisen bestehen. Die Kräftigung der Herztätigkeit werden die Patienten durch Vermeidung aller ermüdenden Arbeitsleistungen und durch sorgfältig abgemessene systematische Trainierung des Gesamtorganismus anzustreben haben. Angemessene Muskelübungen sollen mit der nötigen Ruhe gehörig abwechseln. Durch kräftige Ernährung soll die Entwicklung des Körpers im allgemeinen und die der blutbildenden Organe im besonderen gefördert werden. Die Nahrung muß natürlich frei von allen Genußmitteln sein, die imstande sind, eine reizende Wirkung auf Nieren und Herz zu entfalten. — (Dissertation, Erlangen 1904.

15. Die Versuche von Lichtenstein zeigen beim Wechseln der Körperhaltung vom Liegen zum Sitzen und vom Liegen zum Herumgehen deutliche Unterschiede im Sinne eines Steigens des Blutdruckes. Dieselben Unterschiede, aber im Sinne des Sinkens, zeigen sich bei umgekehrten Lageveränderungen. Der Eiweißgehalt hat sich im einen Fall bei der Lageveränderung vom Sitzen zum Stehen durchschnittlich etwa um das Dreifache vermehrt und der Untersuchte, bei dem man während seines ganzen Aufenthaltes auf der Klinik bei Bettruhe nie einen Albumengehalt über 0·2 nachweisen konnte, zeigte nach einer Stunde Stehen einen Gehalt von 0·6—1·0‰. Nach einstündiger Bettruhe trat deutliches Sinken ein.

Ein bestimmtes Verhältnis zwischen Höhe des Blutdruckes und Größe der Eiweißausscheidung besteht nach den Ergebnissen des Vfs. nicht. Nur so viel scheint aus seinen Versuchen hervorzugehen, daß ganz allgemein bei höherem Blutdruck in den Radialarterien die Eiweißausscheidung steigt. Auf einen Zusammenhang zwischen arteriellem Blutdruck und Albuminurie darf man daraus keinen Schluß ziehen, zumal das Verhalten des Blutdruckes in den Nierenarterien unbekannt ist. — (Diss. Berlin, 1905.)

16. Boissard ist der Ansicht, daß bei jeder Frau, bei der sich in der ersten

Digitized by Google

Schwangerschaft Albumen zeigte, eine zweite Gravidität zu verhindern sei. Jedenfalls solle aber mindestens zwei Jahre gewartet werden; wenn in diesem Zwischenraum der häufig untersuchte Urin keine Spur von Eiweiß aufweist, und die Diurese in genügender Menge stattfindet, seien ernste Bedenken nicht zu erheben. Immerhin müsse während des ganzen Verlaufes dieser neuen Schwangerschaft ein spezielles Ernährungssystem eingehalten, und der Urin täglich untersucht werden. — (Journ. d. prat., Nr. 45, 1905.)

17. Bei den Fällen von orthostatischer Albuminurie handelt es sich, nach Novak, um nervöse, aufgeschossene, meist — doch nicht durchwegs — schwächliche jugendliche Individuen, die wegen verschiedenster, einer objektiv nachweisbaren Grundlage entbehrender Beschwerden den Arzt in Anspruch nehmen. (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Herzklopfen, Seitenstechen etc.) Die Beschwerden sind in der Regel früh stärker als abends. Mitunter sind direkt hysterische Stigmata nachweisbar. Manche zeigen eine ausgesprochene nervöse Belastung. Oefter kann ein familiäres Auftreten beobachtet werden.

Bei allen bestehen ähnliche Zirkulationsverhältnisse. Der im allgemeinen niedrige Blutdruck ist im Stehen und Knien niedriger als im Sitzen und Knien. Nur an den Tagen, an welchen ausnahmsweise wenig oder kein Eiweiß, selbst unter entsprechenden Versuchsbedingungen, auftritt, sind die Blutdruckschwankungen wenig oder gar nicht ausgesprochen. Die Pulszahl ist im Liegen und Sitzen niedriger (oft sogar mäßige Bradykardie 54—60) als im Stehen und Knien. Bei mäßigen Muskelleistungen tritt eine erhebliche Pulsbeschleunigung auf. Der Puls ist oft deutlich dikrot, zeigt namentlich bei tiefer Atmung oder bei Trigeminusreizung durch Ammoniakdämpfe erhebliche respiratorische Arhythmie, bei Vagusdruck eine ausgesprochene Verlangsamung. Eine Herzhypertrophie war in keinem der angeführten Fälle nachweisbar.

Das auffallendste und für die Diagnose entscheidende, aber nicht alleinige Symptom ist der rasche Wechsel eiweißhaltigen und eiweißfreien Harns unter entsprechenden Bedingungen.

Eiweiß trat bei allen daraufhin untersuchten Fällen regelmäßig auf:

1. beim Stehen,
2. beim Knien mit aufrechter Haltung des Oberkörpers und der Oberschenkel,
3. bei schlaffer Suspension (in der Sayre'schen Schwebe),
4. bei länger andauernder steiler Schräglage.

Eiweiß fehlte regelmäßig:

1. bei horizontaler Ruhelage,
2. beim Sitzen,
3. beim Knien mit Aufsitzen des Gesässes auf den Fersen,
4. bei Muskelarbeit,
5. bei aktiver Suspension (mit Zuhilfenahme der eigenen Muskelkraft),
6. bei umgekehrt vertikaler Suspension (Kopf nach abwärts),
7. bei Thoraxkompression.

Ohne Einfluß auf die Eiweißausscheidung erschienen: Bäder, verschiedene Kost, Fieber (Angina).

Das Eiweiß tritt ungemein rasch, oft schon nach $1^1/_2$ bis 2′ auf. Die Albuminurie ist gewöhnlich von Nukleoalbuminurie (Trübung bei Zusatz von Essigsäure allein) begleitet.

Das Eiweiß kann bei sonst ausgesprochener orthostatischer Albuminurie zu manchen Zeiten fehlen oder relativ sehr gering sein. In dieser Zeit fehlen regelmäßig subjektive Beschwerden und ausgesprochene Blutdruckschwankungen bei Lagewechsel.

Die Intensität in der Färbung des Harns ist dem Eiweißgehalt meist direkt, die Harnmenge indirekt proportional. Doch scheinen andere die Farbe und Menge des Harns bestimmende Momente eine Störung dieser Verhältnisse bedingen zu können. Aehnlich wie die Farbenintensität verhält sich auch das spezifische Gewicht.

Das Harnsediment ist meist sehr spärlich und besteht in der Regel nur aus Leukozyten und Epithelien der Harnwege und Geschlechtsorgane. In manchen Fällen sind hie und da auch Nierenepithelzellen, spärliche hyaline und granulierte Zylinder, äußerst selten (nur beim

Digitized by Google

ersten Fall) rote Blutkörperchen nachweisbar. Auffallend oft werden Zylindroide gefunden, namentlich bei den männlichen Patienten. Der Befund der eigentümlichen, maulbeerähnlich angeordneten Zellhäufchen bei mehreren Fällen von orthostatischer Albuminurie soll nur angeführt werden.

Unter den anorganischen Formelementen nahmen Harnsäurekrystalle, selten oxalsaurer Kalk, die erste Stelle ein.

Das die Albuminurie auslösende Moment scheint also in der zum Teil auf nervöser Grundlage beruhenden Zirkulationsstörung in der Niere zu beruhen. — (Prager med. Wochenschr., Nr. 47 und 48, 1905.)

18. Eine schnelle quantitative Eiweißbestimmung ist nach Paquet in der Weise vorzunehmen, daß man hiezu Esbachs Albuminimeter benützt, den Inhalt des lege artis gefüllten Esbach-Glases kocht und die Koagula sich absetzen läßt. Nach einer halben Stunde ist der Eiweißgehalt abzulesen und entspricht genau der nach 24stündigem Stehen bei der Untersuchung à froid zu findenden Menge. — (Med. Blätter, Nr. 46, 1905.)

Behandlung der Seekrankheit. Von G. Bastogi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Entsprechend der Unklarheit bezüglich der Pathogenese der Seekrankheit liegt auch die Therapie noch sehr im argen, und ein Spezifikum kennen wir nicht. Prophylaktisch ist es wünschenswert, die Seereise im größtmöglichen körperlichen und seelischen Gleichgewicht anzutreten, ferner aber auch vor der Reise kleinere und größere Wasserfahrten zu unternehmen, um den Körper an das Schwanken zu gewöhnen. Auch energische Bromdosen (6 g pro die) vor der Abfahrt und starkes Umschnüren des Leibes, um der Gehirnanämie entgegenzuwirken) hat man empfohlen. Daß man sich vor und während der Seereise vor Exzessen jeder Art hüten soll, ist selbstverständlich.

Zur Bekämpfung der Krankheit selbst hat man zunächst Horizontallage mit gesenktem Kopfe empfohlen, ebenso hat man auf die schon prophylaktisch empfohlene Umschnürung des Leibes zurückgegriffen, auch eine Kombination beider Methoden mit gutem Erfolge angewendet. Weitere physikalische Hilfsmittel, die angeraten worden sind, sind tiefe periodische Atmungen (Rosenbach), Erhebung der 4 Glieder bei horizontal liegendem Rumpf, rotes Licht u. a. m. — Sehr zahlreich sind die zur Heilung verwendeten Medikamente. Viel empfohlen ist das Amylnitrit, gemäß seiner die Hirngefäße erweiternden Wirkung. Es wird inhaliert, oder per os gegeben (Amyl. nitros 1·0, Alkohol 90% 8·0, Tragacanth. pulv. 0·5, Aq. dest. ad 120·0). Ferner gab man Bromsalze, auch kombiniert mit Chloralamid (Kal. brom. Chloralamid. āā 6·0, Aq. dest. 90·0 täglich 1 Kaffeelöffel), ferner Bromipin dreimal täglich 1 Kaffeelöffel, oder Brom mit Chloral oder Chloral allein (Chloralhydrat 1·0—2·0, Aq. dest. 80·0, Syr. simpl. 20·0). Verwendet wurde weiter Kokain (Cocain. hydrochlor. 0·02, Kognak 50·0, Aq. dest. 30·0, Syr. cort. Aurant. 20·0, alle viertelbis halbe Stunden 1 Kaffeelöffel), ferner Opiate, Chloroform (2—5 Tropfen auf Zucker). Von vielen Autoren wird Antipyrin (2—3 g täglich) gerühmt, eventuell in Verbindung mit anderen Mitteln (Antipyrin 3·0, Coffein. citric. 0·5, Strychnin. sulfur. 0·004, Alkohol 90% 20·0, Aq. dest. 70·0 drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel). Als Tonikum wurden Kolapräparate, Nux vomica verwendet, letzteres auch in Verbindung mit Hyoszin oder Atropin. Der jüngsten Zeit verdankt das Validol seine Einführung, in der Dosis von 5—15 Tropfen auf Zucker. Wild empfahl Orexintannat (dreimal täglich $^1/_2$ g); zur Anwendung gelangten ferner Karbolsäure, Anästhesin, ja Petroleum und Meerwasser selbst. Zuletzt sei noch der Vorschlag von Dutzemblay, Inhalation von Sauerstoff, erwähnt. — Auf das vom Vf. beigegebene ausführliche Literaturverzeichnis sei hier noch hingewiesen. — (Riv. crit. di Clin. Med., Nr. 32 und 33, 1905.)

Beiträge zur Statistik und Kasuistik der chronischen Bleivergiftung. Von Dr. Gerhard Heinrich Kempen, Ref. Fritz Loeb, München.

Der interessanten Arbeit von Kempen liegen die in den Jahren 1890—1904

Digitized by Google

auf der 1. med. Abteilung des Krankenhauses in München zur Beobachtung gekommenen Fälle von chronischer Bleiintoxikation zugrunde. In dieser Zeit sind 200 Fälle zur Behandlung gekommen. Es handelte sich stets um chronische Intoxikation bei Leuten, welche längere oder kürzere Zeit hindurch mit Blei und seinen Verbindungen in Berührung gekommen sind. Unter den 200 Fällen befindet sich nur eine Frau, welche als Anstreicherin tätig war. Dieses enorme Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes ist eine für Bleivergiftung ganz allgemein giltige Tatsache und erklärt sich einfach daraus, daß die Bleivergiftung am gewöhnlichsten eine Berufserkrankung ist, und daß diejenigen Berufsarten, welche vorwiegend den menschlichen Organismus mit Blei in Berührung bringen, fast nur von Männern betrieben werden. Dies erklärt auch die große Seltenheit der Bleivergiftung bei jugendlichen Personen und bei Kindern. In Anbetracht des Umstandes, daß der Einfluß der Bleivergiftung auf den Genitalapparat, insbesondere auf den Uterus, ein äußerst deletärer ist, kann es nur wünschenswert sein, daß sich die Frau von Berufsarten fern hält, welche sie diesen Gefahren aussetzt. Unter den männlichen Patienten sind folgende Berufsklassen vertreten: Maler 115, Anstreicher 15, Buchdrucker und Schriftsetzer 15, Lackierer 15, Taglöhner und Ausgeher in Gewerbebetrieben 8, Installateure und Monteure 7, Metallarbeiter 5, Hafner 5, Schlosser 4, Schriftgießer 2, Glaser 2, Vergolder 2; dazu kommen noch je ein Kupferschmied, Spengler, Brauer und Schneider. Das Lebensalter sämtlicher Patienten liegt zwischen 15 und 58 Jahren. Die größte Anzahl ist zwischen 20 und 40 Jahre alt — nämlich 146 Patienten. Ueber 50 Jahre sind nur 7 Patienten.

Den meisten chronischen Bleivergiftungen sind gemeinsam die Anämie und der Bleisaum. Bei 28 Fällen ist die Anämie konstatiert. Direkte Zerstörung von roten Blutkörperchen wird durch die Einwirkung gewisser Gifte bewirkt, welche zum Teile die Blutkörperchen in der Blutbahn nicht sichtbarlich beeinflussen, aber doch einen solchen Einfluß auf dieselben ausüben, daß sie in Leber, Milz und Knochenmark in vermehrter Menge zugrunde gehen. Hieher gehören die chronischen Vergiftungen mit Blei, Arsen und Quecksilber. Diese Anämien können zur Heilung gelangen, sofern die Blutzerstörung nicht allzu groß ist, so daß der eingetretene Verlust an Blutkörperchen durch die physiologische Regeneration wieder ersetzt wird. Dauert die zerstörende Ursache allzu lange an, oder kommt die Regeneration nicht oder nicht in ausreichender Weise zustande, so führt diese Anämie zum Tode. Die Zählung der roten Blutkörperchen gibt eine erhebliche Herabminderung derselben; die Zahl kann sich bis auf die Hälfte verringern. Der Hämoglobingehalt sinkt auf 40—50% des normalen.

Das Vorhandensein des Bleisaumes wurde in 172 Fällen konstatiert = 86%.

Die einzelnen Vergiftungsformen verteilen sich, abgesehen vom Bleisaum des Zahnfleisches, der Anämie und der als nahezu konstant vorkommenden Obstipation wie folgt:

1. Colica saturnina wurde am häufigsten beobachtet, nämlich in 125 Fällen = 62·5%, und zwar in 85 Fällen = 42·5% nur Kolik, in 40 Fällen = 20% Kolik mit sonstigen Vergiftungssymptomen.

2. Arthralgia saturnina wurde in 32 Fällen = 16% beobachtet, und zwar in 12 Fällen beide oberen und beide unteren Extremitäten befallen. In 12 Fällen beide unteren Extremitäten befallen, in 5 Fällen beide oberen Extremitäten befallen. In 3 Fällen Arthralgie der Brustmuskeln.

3. Mit Erscheinungen von Encephalopathia saturnina wurden 16 Fälle aufgenommen, und zwar existierten darunter: 3 Fälle mit saturninen Konvulsionen, welche ganz das Gepräge der epileptischen Anfälle trugen, 2 Fälle mit Schwindel und Fieber, 3 Fälle mit Schwindel und Schüttelfrost, 1 Fall mit Halluzinationen, 1 Fall mit Schwindel und Ohrensausen, 1 Fall mit Amaurose.

4. Paralysis saturnina wurde in 5 Fällen beobachtet, und zwar war stets die rechte obere Extremität, resp. ein Teil derselben, der Sitz der Affektion. War

Digitized by Google

eine Beteiligung des linken Armes auch vorhanden, so war dieser doch stets in erheblich geringerem Maße erkrankt.

Die Ursache, daß nur 5 Fälle in klinischer Behandlung waren, liegt darin, daß die Lähmungen meistens ambulatorisch behandelt werden.

Im weiteren teilt Vf. noch mit, daß in 12 Fällen = 6% der Urinbefund den Schluß auf Beteiligung der Nieren gestattete. In 5 Fällen waren ausgesprochene Herzfehler vorhanden, bei 21 Patienten = 10·5% wurden unreine Herztöne konstatiert. Rezidive sind überaus häufig. — (Diss. München 1905.)

Zimtsaure Salze in der Behandlung des Karzinoms. Von Lovell Droge. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Beobachtungen Droges seien der Wichtigkeit der Sache wegen registriert, so unwahrscheinlich sie auch klingen. Verwendet wurden 10% Lösungen von zimtsaurem Natron (30 Tropfen ein- bis zweimal wöchentlich) und 22% von orthokumarsaurem Natron (25 Tropfen). In zwei Fällen von Larynx- und Pharynxkarzinom sollen wenigstens die Schmerzen und der üble Geruch beseitigt worden sein, so daß den verlorenen Patienten Euthanasie verschafft wurde. In einem Falle von Drüsenkarzinose nach exstierpiertem Mamakarzinom soll eine nun schon zwei Jahre andauernde Heilung herbeigeführt worden sein, ebenso seien eine Reihe von Mamakarzinomen geheilt worden etc. — Die Ursache der günstigen Erfolge sieht Vf. in der Einwirkung auf die sekundären Infektionserreger (NB.! Es folgte stets ausgesprochene Leukozytose), eventuell auch in einer tieferen Modifikation der Geschwulst selbst (?). — (Brit. med. Journal, 29. April 1905.)

Chirurgie.

Appendizitis.

1. **Zur Aetiologie der Appendizitis.** Von F. C. Bottomley. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
2. **Aetiologie und Therapie der Appendizitis.** Von Lucas-Championnière, Paris. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
3. **Ueber die Behandlung der Appendizitis mit Kalomel, Hitze und Wasser.** Von J. Rivière. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber Appendizitis im Kindesalter.** Von Dun. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
5. **Ueber die Appendizitis bei alten Individuen.** Von R. de Bovis. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
6. **Ein Fall von retrograder innerer Inkarzeration der Appendix.** Von Alexander Jehle. (Wilhelminen-Spital, Wien.) Ref. Lewisohn, Heidelberg.
7. **Zur pathologischen Anatomie der Appendizitis.** Von Stanton. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
8. **Komplikationen nach verschleppter eitriger Appendizitis.** Von Dr. Amberger. (Chir. Abteilung des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Der günstigste Zeitpunkt der Appendizitisoperation.** Von Dr. L. Arnsperger. (Chir. Klinik Heidelberg.) Ref. Lewisohn, Heidelberg.
10. **Ueber einige praktisch wichtige Fragen zum Gebiet der Appendizitis.** Von Prof. L. Kuttner. (Augusta-Hospital, Berlin.) Ref. Lewisohn, Heidelberg.
11. **Ueber die Indikationen zur Appendektomie beim Ileocökalschmerz.** Von Prof. Hochenegg, Wien. Ref. Lewisohn, Heidelberg.

1. Von den Mikroorganismen ist nach Bottomley der Kolibazillus die häufigste Ursache der Appendizitis, daneben auch der Streptokokkus. Staphylokokken, Pneumokokken, Influenza- und Diphtheriebazillen findet man seltener. Auch Tuberkel- und Typhusbazillen können die Ursache abgeben, während Aktinomykose des Wurmfortsatzes äußerst selten ist. Der Appendix ist für alle diese Gebilde aus folgenden Gründen eine Prädilektionsstelle ihrer Ansiedlung: 1. er ist außerordentlich reich an lymphoidem Gewebe; 2. die Aktivität der Bakterien erreicht im Cökum ihr Maximum; 3. seines Schleimhaut ist durch Läsionen (Konkremente etc.) oft verletzt. Unter den individuellen prädisponierenden Momenten seien angeführt: 1. Ostipation; 2. Verdauungsstörungen; 3. schlechte Zähne; 4. harnsaure Diathese. — (Practitioner, Juni 1905.)

2. Die Appendizitis ist nicht nur scheinbar (infolge besserer Diagnosenstellung), sondern de facto entschieden im letzten

Digitized by Google

Dezennium häufiger geworden, als sie früher war. Ja, man kann sogar von epidemischen Steigerungen sprechen. Auf dem Lande tritt sie entschieden seltener auf als in den Städten. Bekanntermaßen ist ihre Häufigkeit in verschiedenen Ländern sehr verschieden. Am häufigsten ist sie in von Influenzaepidemien durchseuchten Ländern, weshalb Lucas-Championnière die Influenzainfektion als einen ätiologischen Faktor für die Entstehung der Appendizitis anspricht. Es kommt allerdings daneben noch ein Moment in Betracht, das ist zu reichliche Fleischnahrung; so sind z. B. Klöster und Gefängnisse mit vegetarischer Kost fast frei von Appendizitis, auch in Gegenden und Städten, wo letztere sonst gehäuft vorkommt. — Vf. operiert jede akute Appendizitis, ohne das kalte Stadium abzuwarten. Bei diffuser Peritonitis empfiehlt er ausgedehnte Drainage. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 40, 1905.)

3. J. Rivière rekapituliert zunächst seine bereits vor 4 Jahren an der gleichen Stelle niedergelegten Ansichten über falsche und richtige Behandlung der Appendizitis. Nach ihm gäbe es wenig Appendizitisfälle, wenn es keine Eisblase auf den Leib gäbe. Diese lähmt die Motilität der Gallenwege und des Darms, wodurch die Fäkalien im Cökum stagnieren und, da sie keine desinfizierende Galle mehr erhalten, sich infizieren. Gibt man nun noch Morphium und Trockendiät hinzu, so können diese infizierten Massen überhaupt nicht mehr aus dem Cökum heraus und infizieren ihrerseits wieder den Wurm. Dieser wehrt sich zunächst durch heftige Kontraktionen (Kolikschmerzen), im weiteren Verlaufe aber erlahmt seine Muskulatur und schließlich fällt er der Gangrän anheim. Das beste Prophylaktikum gegen eine Appendizitis ist also das Weglassen der Eisblase. Ist aber eine Appendizitis da, so erhält der Kranke zunächst ein ein- bis zweistündliches heißes Bad von 37—38°, dann warme Belladonnasalbe und Kataplasmen auf den Leib. Gegen den Schmerz wird ein Antipyrinklysma (2 g mit 5 Tropfen Opium) gegeben; eine Stunde später erhält der Patient ein großes warmes Klistier, ferner per os 0·5 Phenazetin, eventuell 2 Stunden später nocheinmal so viel. Eine halbe Stunde nach dem Klysma beginnt die flüssige Kost, am besten Gerstenwasser. 3 Stunden nach der zweiten Phenazetingabe gibt man Kalomel und Natr. bicarb. āā 0·25 g. Eine Stunde später kann man schon wieder mit dem Gerstenwasser beginnen. 5 Stunden nach dem Kalomel gibt man einen Eßlöffel Rizinusöl in einer Tasse warmen Wassers. Bei geschwächten Individuen kann man auch schon am ersten Tage Tee- und Bouillon geben; Milch und kalte Getränke werden jedoch erst am zweiten Tage verabreicht. Die Kalomel- und Rizinusölgabe wiederholt man in den nächsten Tagen öfter. Ist die Verstopfung trotz allem hartnäckig, so hilft man mit großen warmen Klysmen öfter nach. In einer früheren Nummer (8. November 1902) derselben Zeitschrift verficht Vf. die Ansicht, daß dieselbe Therapie auch bei anderen schweren Infektionen, so Typhus, indiziert sei, bei denen es auch auf Entleerung und Desinfektion der Därme, sowie Beförderung des Gallenflusses ankomme. Weiter zitiert er eine Arbeit von Bourget als Stütze für seine Ansicht. Bourget spricht sich darin energisch gegen die Furia operandi aus, die jede Appendizitis mit dem Messer angreifen will. Er bezieht sich dabei auf Treves und Roux, nach welch letzterem 95% der akuten Appendizitisfälle heilen, wenn man 24 Stunden absolut keine Nahrung gibt. Bouget glaubt jedoch, daß man auch bei den übrigen 5% bessere Resultate erzielen würde, wenn man Eisblase und Opium weglassen würde, die die Kotstase befördern. Viel logischer scheint es ihm, durch hohe Einläufe und leichte Abführmittel den Darm zu entleeren. — (Annales de Physiotherapie, Nr. 1, 1905.)

4. Die Appendizitis ist bei Kindern keineswegs eine seltene Erkrankung. Gerade die leichteren Fälle, die gar nicht selten sind, werden oft übersehen. Oft sind sie von Diarrhöen und Blasenreizung begleitet. Bei Wiederholung des Anfalles ist auch in leichten Fällen die Appendizektomie ratsam, wenn möglich im kalten Stadium. Bei Abszeßbildung operiere man sofort; ist der Appendix fest in Ad-

Digitized by Google

häsionen eingebacken, so begnüge man sich in diesen Fällen mit der Inzision. Die Ordination von Abführmitteln oder Opium ist nicht ungefährlich und daher am besten zu unterlassen. — (Glasgow Medical Journal, Juni, 1905.).

5. In höherem Alter macht der Processus vermiformis eine Art Involution durch, eine Art seniler Atrophie, die sich auch im Follikelschwund dokumentiert. Hieraus erklärt sich wohl zum Teil das seltene Vorkommen von Appendizitis in höherem Alter. Das Leiden entwickelt sich viel langsamer, als bei jugendlichen Individuen, so daß die Kranken meist erst später zur Operation kommen als die jugendlichen Fälle. Durch ausgedehnte Verwachsungen entstehen oft große Pseudotumoren, welche die Differentialdiagnose gegen Tumoren sensu strictiori (ein in diesem Alter sehr naheliegender Gedankengang) oft sehr erschweren. Die senile Leber scheint mehr zur appendizitischen Infektion zu neigen, wie die juvenile. Daß Lungenkomplikationen im hohen Alter besonders häufig sind, ist selbstverständlich. — (La semaine médicale, 1905.)

6. Jehle berichtet über einen Fall, wo es durch Abknickung des Wurmfortsatzes, der sich in der Bursa subcoecalis gefangen hatte, zur Gangrän des Wurmfortsatzes und diffusen Peritonitis gekommen war. Der Fall ging in Heilung aus. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 40, 1905.)

7. Stanton hat 188 durch Operation gewonnene Appendizes histologisch untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen: In den ersten Tagen findet sich eine diffuse Entzündung, oft mit zirkumskripter Hämorrhagie und Nekrose. Diese letzteren können häufig schnell wieder verschwinden, unter Umständen schon vom dritten Tag an. Auch gangränöse Prozesse können, wenn nicht später akute Exazerbationen hinzutreten, schon am siebenten Tage im Verschwinden begriffen sein. In der zweiten Woche zeigen reichliche Fibroblasten, junge Blutgefäßbildungen und Lymphozyten den Heilungsprozeß an. Der Heilungsprozeß hängt sehr davon ab, ob ein Exsudat besteht oder nicht. In 16% der Fälle beschränkte sich der Entzündungsprozeß auf die Mukosa. Bei den nach dem zehnten Tage operierten Fällen fand man nur selten Abszesse, dafür zeigten diese schon ausgesprochene Adhäsionsbildung. — (Journal of the American Medical Association, 1905.)

8. In einem ersten Falle schloß sich an eine diffuse Peritonitis nacheinander ein subhepatischer, ein subphrenischer und ein Lungenabszeß an; im zweiten Falle bestand ursprünglich ein die ganze rechte Bauchseite einnehmender Abszeß im Anschluß, an welchen sich ein subphrenischer Abszeß links, eine eitrige Pleuritis und ein paranephritischer Abszeß rechts entwickelte. Ein dritter leichterer Fall zeigte ursprünglich einen großen Abszeß in der linken Bauchseite, im Anschluß daran ein Empyem der linken und ein seröses Exsudat der rechten Pleura.

Amberger weist darauf hin, daß nur die Frühoperation vor dergleichen Komplikationen schützen könne. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 47, 1905.)

9. Bekanntlich war auf dem letzten Chirurgenkongreß in Berlin die Behandlung der Appendizitis eines der Hauptthemata, auch ein Zeichen für die Aktualität dieser Frage. Im Laufe der Diskussion hat Vf. den Standpunkt Czernys und seiner Schule auseinandergesetzt, der in mehreren Punkten von dem der Hauptredner abwich. Auf Grund eines Materials von 308 Fällen (davon 280 operiert, Mortalität zirka 8%) betont Vf. folgende Punkte: Nicht jede leichte akute Appendizitis muß sofort operiert werden. Ist der Puls gut, die Zunge nicht zu trocken, kein Meteorismus vorhanden und die Bauchdeckenspannung gering, so versuche man, die Patienten mit Ruhe und Eisblase (kein Opium!) ins Intervallstadium überzuleiten, wo die Prognose der Operation entschieden günstiger ist. Uebrigens wird auch zur Operation à froid nur in den Fällen geraten, wo zwei oder mehrere typische Anfälle voraufgegangen sind oder wo subjektive Beschwerden oder objektive pathologische Befunde einen Fingerzeig für eine nicht vollständige Restitutio ad integrum geben. Ist es bereits zur abgekapselten Abszeßbildung gekommen, so

Digitized by Google

kann man sich anfangs mit der Eröffnung desselben begnügen. Ratsamer ist es aber, wenn möglich, gleich die Radikaloperation zu machen, da sonst unter Umständen schwere peritonitische Nachschübe und langdauernde Fisteleiterungen die Heilung komplizieren können. Bei diffuser Peritonitis werden mehrere Gegenöffnungen gemacht und breit tamponiert; auch die Anlegung eines Anus artificialis zeitigte sehr gute Erfolge. Vf. betont, daß jeder Fall von Appendizitis wegen der Schwierigkeit der Indikationsstellung dem Urteile eines Chirurgen zu unterbreiten ist. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1905.)

10. Bei den leichteren Fällen von Appendizitis rät Kuttner, 24 Stunden abzuwarten; ist dann keine Besserung eingetreten, so soll man baldigst operieren. Für die Indikationsstellung ist natürlich auch die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes (Herz, Lungen, Niere etc.) von größter Bedeutung. Im Kindesalter überwiegen beträchtlich die schweren Formen von Appendizitis über die leichteren; daher soll man in diesen Fällen bei unsicherer Diagnose sofort operieren. Man hüte sich vor Täuschungen durch Scheinbesserungen, die häufig nach Durchbruch des Eiters in die Bauchhöhle (Nachlassen der Schmerzen etc.) auftreten. Besonders schwierig ist die Diagnose in denjenigen chronischen Fällen, bei denen nie eine akute Attacke voraufgegangen ist; gleichzeitig bestehende Kolitis ist da oft ein guter Wegweiser. Viele dieser Fälle werden jahrelang auf Magenleiden hin ohne Erfolg behandelt, da die einzigen Symptome Verdauungsbeschwerden sind. Auch bei der Appendizitis kann Hämatemesis auftreten; die Differentialdiagnose gegen Ulcus ventriculi ist dann oft kaum zu stellen. Von anderweitigen Erkrankungen, die oft eine Appendizitis vortäuschen können, kommen in Betracht: Nierensteine, Karzinom oder Tuberkulose der Ileocökalgegend, Invagination, Psoasabszeß und vor allem Adnexerkrankungen. Für letztere ist die kombinierte Untersuchung von größter Bedeutung. Vf. warnt davor, ohne einigermaßen sichere Diagnose an die Operation zu gehen und macht zum Schluß auf die Folgezustände nach Appendizitis-Operationen aufmerksam, die oft dem Patienten noch jahrelang große Beschwerden machen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1905.)

11. Hochenegg warnt davor, nur diejenigen Fälle als Appendixerkrankungen anzusprechen, bei denen sich im Appendix selbst makroskopische oder mikroskopische Veränderungen finden, alle übrigen Fälle aber unter den Begriff der Pseudoappendizitis einzureihen, bei denen von einer Appendektomie kein Erfolg zu erwarten ist. In vielen Fällen bekommt man eine Erklärung für vorausgegangene Beschwerden, wenn man bei der Operation genau auf den Situs achtet. Oefters ist der Wurmfortsatz an der Vorder- oder Hinterwand des Cökums in die Höhe geschlagen und in seiner ganzen Länge mit demselben verwachsen. In anderen Fällen ist er lang ausgezogen und an der seitlichen Beckenwand angewachsen. In wieder anderen Fällen fand sich ein weites trichterförmiges Ostium coecale, ähnlich wie man es bei Neugebornen findet. Außerdem kann durch ein Mißverhältnis von langem Appendix und kurzem Mesenteriolum leicht eine Abknickung mit konsekutiver Entzündung im Wurmfortsatz zustande kommen. Vf. erläutert in sehr instruktiver Weise, wie bei den verschiedenen Typen sich das Auftreten von Beschwerden (bei Diarrhöen, Obstipation etc.) unterscheidet und wie man aus diesen Symptomen auf die Diagnose hingeführt wird. Auch ohne vorausgegangenen dezidierten Anfall soll man bei folgenden Symptomen: dumpfes Druckgefühl im rechten Hypogastrium, Cökalplätschern, wurstförmige Resistenz (letztere beruht zum großen Teil auf einer Hypertrophie des untersten Ileums durch Reflexspasmus) operieren und so den ersten Anfall verhindern. Der von Nothnagel eingeführte Begriff der Pseudoappendizitis soll nur für diejenigen Fälle reserviert bleiben, in denen nur durch eine zirkumskripte Hyperalgesie der Bauchhaut eine Appendizitis vorgetäuscht wird, die aber im Gegensatz zu den oben beschriebenen Formen für die er den Namen Skolikalgie vorschlägt, ohne Operation nur durch elektrische Behandlung leicht geheilt wer-

Digitized by Google

den kann. — (Wiener klin. Wochenschr., Nr. 51, 1905.)

Geburtshilfe.

Prognose und Therapie des kriminellen Abortus. Von Ch. Maygrier. Ref. Königstein, Wien.

Vf. weist darauf hin, daß der kriminelle Abortus viel häufiger ist, als man nach den zur Kenntnis der Gerichte gelangenden Fällen erwarten sollte und ist nach seiner Ansicht eine wichtige Ursache der Entvölkerung und somit eine wirklich soziale Plage. Vf. konnte unter 745 Aborten, welche von 1895—1898 in der geburtshilflichen Abteilung von Lariboisière und von 1898—1902 in der Charité zur Beobachtung kamen, 44 kriminelle Aborten = 5·92% mit Sicherheit feststellen. Die Diagnose auf kriminellem Abort wurde gestellt teils aus den unter dem Siegel des Berufsgeheimnisses erfolgten Geständnissen oder der Nichtbeantwortung darauf hin gerichteter Fragen, teils durch den objektiven Nachweis von Verletzungen der Genitalien. Während bei den spontanen Aborten die Mortalität 0·57% betrug, war dieselbe bei den kriminellen 56·81%. Durch Einnehmen von sogenannten Abortivmitteln war in keinem Falle der Abort angestrebt worden, sondern in allen waren entsprechende Eingriffe von fremden Personen, die zum Teil Heilpersonen waren, vorgenommen worden. Die Eingriffe bestanden in Einführen von Kanülen, Stricknadeln, Knopfhaken u. dgl. m. in die Gebärmutter und Scheide oder in intrauterinen Einspritzungen, wobei Lösungen von schwarzer Seife besonders bevorzugt wurden. Vf. konnte weiters feststellen, daß der kriminelle Abort am häufigsten im dritten und vierten Schwangerschaftsmonate vorkam. Interessant ist der Bericht über zwei Fälle vermeintlicher Gravidität, bei denen ebenfalls Abtreibungsversuche gemacht wurden und von denen der eine sogar tödlich endete. Unter den 25 tödlich abgelaufenen Fällen kamen nur zehn zur Sektion, bei denen allgemeine Peritonitis konstatiert wurde, bei zwei Fällen überdies neben der Perforationsperitonitis Pneumonie und vereiterte Lungeninfarcte. Bezüglich der Prognose konstatiert der Vf., daß dieselbe um so günstiger ist, je früher die Patienten sich in ärztliche Behandlung begeben. Die beste Therapie besteht in sofortigem Ausräumen des Uterus. Zum Schlusse gibt Vf. seiner Ueberzeugung Ausdruck, daß der kriminelle Abort weder durch die Aufklärung der Frauen über die Gefährlichkeit desselben, noch durch streng gehandhabte Anzeigepflicht abnehmen werde. — (L'obstétrique, II. 3, 1904.)

Bericht über sechs Fälle von künstlicher Frühgeburt mittels elastischer Metallbougie nach Knapp. Von A. Scheib. Ref. Königstein, Wien.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß die zur Einleitung der Frühgeburt gebräuchlichen Gummibougies nicht absolut sicher zu sterilisieren sind, weshalb Knapp auf die Idee verfiel, eine elastische Bougie aus Metall bauen zu lassen, die in verläßlichster Weise steril gemacht werden kann. Behufs Sterilisierung wird dieselbe in 1%iger Sodalösung 5—10 Minuten gekocht, um dann in der üblichen Weise in den Uterus eingeführt zu werden. Sind im Laufe der nächsten zehn Stunden keine ausgiebigen Wehen aufgetreten, so wird die Metallsonde entfernt, um statt derselben eventuell Metreuryse anzuwenden. In fünf von den sechs Fällen trat $^3/_4$ bis $5^1/_2$ Stunden nach Einführung der Sonde regelmäßige Wehentätigkeit auf und konnte ein Einreißen der Eihäute beim Einführen der Sonde vermieden werden. Nur im sechsten Falle kam es zu einer Zerreißung der Eihäute und wurde die Bougie nach 14 Stunden, ohne Wehen erzielt zu haben, entfernt, worauf die Geburt vier Stunden später spontan erfolgte. In allen sechs Fällen war der Verlauf des Wochenbettes ein normaler. Vf. empfiehlt daher die Anwendung der Knapp'schen elastischen Metallsonde: 1. weil sie sicher zu sterilisieren ist, 2. weil die Biegsamkeit des Instrumentes eine leichtere Führung und Handhabung zuläßt, 3. weil der Eintritt der Wehen bald nach Einführung des Instruments erfolgt. — (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 32, 1903.)

Digitized by Google

Die Symphyseotomie. Von P. Zweifel. Ref. Königstein, Wien.

Vf. verfügt über ein Material von 46 Symphyseotomien, darunter eine Serie von 35 Fällen ohne Todesfall, weshalb er diese Operation aufs wärmste empfiehlt. Mißerfolge bei dieser Operation sind nach den Erfahrungen des Vf. darauf zurückzuführen, daß nicht für genügenden Abfluß der Wundsekrete aus dem prävesikalen Raume gesorgt wird, somit die Wundbehandlung eine unrichtige ist. Es muß also für entsprechende Drainage dieses Raumes nach unten gesorgt werden, wodurch man einen fieberlosen Verlauf erzielen kann. Zu diesem Behufe schlägt Vf. vor, nicht durch die Scheide, sondern durch eine Schamlippe zu drainieren, um ein Eindringen von Infektionserregern von der Scheide aus zu verhindern. Die vom Vf. vorgeschlagene Drainage ist leicht auszuführen, wenn man fingerbreit seitlich von der durchtrennten Symphyse an dem einen Schambein hinunter die Blase nach hinten schiebt. Vf. verwendet zur Drainage Gummirohre, welche unten, zur Vermeidung von Kompression, mit einem leicht gebogenen Glasröhrchen von 7 mm äußerem Durchmesser armiert sind. Vom vierten Tage an wird das Drainrohr täglich um je 1 cm herausgezogen und gekürzt. Vf. empfiehlt, auch die präsymphysäre Wunde ein wenig zu drainieren. Am Mons veneris ist genaue Wundnaht notwendig, da prima intentio von wesentlichem Einfluß auf die rasche Wiederherstellung der Gehfähigkeit ist. Zur Knorpelnaht empfiehlt Vf. Chromsäurekatgut. Am 17. bis 21. Tage läßt er die Wöchnerinnen aufstehen. Die Operation darf nur vorgenommen werden, wenn bei normaler Temperatur und lebendem Kinde gute Wehen vorhanden sind. Die Lebensgefahr der Symphyseotomie sinkt bei richtiger Wundbehandlung auf ein Minimum und wird die Sterblichkeitsziffer geringer werden als beim Kaiserschnitt. Weiters betont Vf. den Umstand, daß symphyseotomische Frauen bei einer nächsten Gravidität durch subkutane Dehnung und Erweichung der Narben spontan ausgetragene Kinder werden zur Welt bringen können. Als Indikationsgrenze zur Symphyseotomie bezeichnet Vf. bei den platten Becken eine Conjugata vera zwischen 8·5 und 6·75 cm, bei den allgemein verengten und allgemein verengten platten Becken eine Conjugata vera zwischen 9 und 7·5 cm. — (Die deutsche Klinik am Eingang des XX. Jahrhunderts, 62. Lieferung.)

Puls und Temperatur während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Von Daniel. Ref. Königstein, Wien.

Das Verhalten von Puls und Temperatur während der Schwangerschaft weicht unter normalen Verhältnissen nicht wesentlich von ihrem Verhalten im gewöhnlichen Zustande ab. Während der Wehentätigkeit und zehn bis zwölf Stunden nach der Geburt sind Puls und Temperatur erhöht. Die Temperatur schwankt zwischen 37·0 und 38·5, Puls zwischen 100 bis 120 Schlägen in der Minute. Während des Wochenbettes schwankt die mittlere Temperatur, in der Achselhöhle gemessen, zwischen 36·8 und 37·2, der Puls ist verlangsamt und bewegt sich zwischen 60—70 Schlägen in der Minute. Ausnahmsweise sinkt er auf 40 Pulsschläge, und wurden sogar 30 in der Minute beobachtet. Die Pulsverlangsamung beginnt 8—48 Stunden nach der Geburt und dauert 1—12 Tage. Nach größeren Blutverlusten wird keine Pulsverlangsamung beobachtet. Dieser Umstand stützt die These, daß die durch den plötzlichen Ausfall des uteroplazentaren Kreislaufs bedingte Erhöhung des Blutdruckes die Pulsverlangsamung verursacht. Sowohl Puls als auch Temperatur sind in prognostischer Richtung zu verwerten, und zwar ist eine Beschleunigung des Pulses im allgemeinen als ungünstiges Zeichen anzusehen. Ebenso verhält es sich mit dem Stande der Temperatur. Konstant erhöhte Temperatur 37·5—38·0 kombiniert mit hohem Puls 12 Stunden nach der Geburt läßt immer eine Komplikation befürchten. Die Grenze der physiologischen Temperatursteigerung ist 38·5. Vorzeitiger Blasensprung wirkt beschleunigend auf den Puls während der ersten 6—10 Wochenbettstage, tangiert jedoch die Temperatur

Digitized by Google

nicht weiter. Bei Rhagaden der Brustwarze konnte Vf. in zwei Dritteln der Fälle ebenfalls Pulsbeschleunigung beobachten. Das Verhalten des Pulses bei Endometritis puerperalis kann durch entsprechendes therapeutisches Vorgehen wesentlich beeinflußt werden. Besonders aufmerksam macht Vf. auf das präphlebitische Stadium, wo die erhöhte Pulskurve ganz eigentümlich zickzackförmig verläuft. Zum Schluß empfiehlt Vf. nochmals die genaue Beobachtung von Puls und Temperatur behufs Diagnose und Prognose. — (Obstétrique, März und Juni 1904.)

Ueber die Bedeutung des Schüttelfrostes im Wochenbette, mit besonderer Berücksichtigung der Pyämie. Von C. J. Bucura. Ref. Königstein, Wien.

Vf. geht von der durch Trendelenburg bei Pyämie empfohlenen und ausgeführten Unterbindung und Ausschaltung der thrombosierten Venen aus und unterzieht die von Trendelenburg für das operative Vorgehen fixierte Indikation, die außer dem palpatorischen Befunde ein Auftreten von zwei Schüttelfrösten verlangt, an der Hand des großen Materials der Klinik Chrobak einer kritischen Beleuchtung. Trendelenburg steht auf dem Standpunkt, daß das Auftreten eines zweiten schweren Schüttelfrostes für Pyämie sehr verdächtig ist. Vf. weist nun, auf 28.758 Geburtsgeschichten gestützt, nach, daß zwei und mehr Schüttelfröste nicht nur bei Pyämie, sondern öfter noch bei anderen Erkrankungen im Wochenbette (Septhämie, Parametritis, Endometritis, Ulcera puerperalia, Plazentarreste etc.) auftreten. Mehr als fünf Schüttelfröste, und zwar 8—29, fanden sich nur bei Pyämie. Dagegen verlief ein Drittel der Fälle, die das klinische oder Sektionsbild der Pyämie gaben, überhaupt ohne Schüttelfrost. Die Pyämie mit Schüttelfrost gab 79%, die ohne Schüttelfrost 60%, beide zusammen 73% Mortalität. Je mehr Schüttelfröste, desto schlechter die Prognose. Was den Palpationsbefund betrifft, ist derselbe ganz unzuverläßlich. Bei Septhämie findet sich Metrothrombophlebitis ohne Lymphothrombose und anderseits gibt es puerperale Pyämie mit Lymphothrombose ohne Thrombophlebitis. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 16, H. 4.)

Augenheilkunde.

Sapal in Tuben. Von Dr. Wolfberg. Ref. Jänner, Wien.

Die von Falck hergestellte feste Spiritusseife (Sapal) enthält ungefähr 15% neutrale Natronseife, 15% Wasser und 70% rektifizierten Alkohol. Diese Spiritusseife wird nun von der Spiritusraffinerie Artur Wolf jun. in Breslau in Salbenkonsistenz in Tuben geliefert, die Seife wird trocken eingerieben, die nachfolgende Schaumentwicklung beim Waschen ist überraschend ergiebig, die Haut wird weich und sichtlich sauber, ohne im geringsten zu leiden. Die Salbe eignet sich in idealster Weise als Putzmittel für Brillengläser. Man trägt sie sehr dünn mit dem Finger auf beiden Seiten des Brillenglases auf und reibt mit einem Taschentuch gründlich nach und so bleibt die Brille stundenlang geschützt vor dem Anlaufen in der Wärme. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 5.)

Zyklodialyse zur Therapie des Glaukoms. Von Dr. Heine. Ref. Jänner, Wien.

Heine empfiehlt eine von ihm erdachte, bisher 26mal ausgeführte und Zyklodialyse genannte neue Operation bei Glaukom. Dieselbe besteht in einer schichtweisen Lospräparierung der Sklera und Durchtrennung des Ligam. pectinatum und dadurch bedingten Herstellung einer günstigen Kommunikation der vorderen Kammer und des Suprachoroidealraumes und dauernder Herabsetzung des intraokularen Druckes. Die Herabsetzung erfolgt momentan oder innerhalb einiger Tage, je nachdem wir viel, wenig oder gar kein Kammerwasser durch die Skleralschnittwunde abfließen lassen.

Technisch ist die Operation leichter als eine schwierige Iridektomie und noch anwendbar, wenn eine legale Iridektomie wegen peripherer Verwachsungen nicht

Digitized by Google

mehr möglich erscheint. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 49.)

Urologie.

Chirurgische Behandlung der Incontinentia urinae. Von Emilius Dudley. Ref. V. Blum, Wien.

Keine der Operationen, die zur Behebung der Harninkontinenz bei Frauen empfohlen worden, hat sich in allen Fällen bewährt. Paraffininjektionen soll man wegen der Gefahr von Pulmonalembolien nur mit größter Vorsicht oder gar nicht ausführen. (? Ref.) Massage und Elektrizität gaben nur selten befriedigende Resultate, Torsion der Urethra kann Gangrän der Harnröhre nach sich ziehen. Die Methode Albarrans besteht in der Vorziehung der Urethra und Fixation in der neuen Lage. Diese Operation erscheint als die brauchbarste. Vf. empfiehlt nun eine Modifikation dieser Operation: Ein hufeisenförmiger Lappen wird in der Tiefe zwischen Klitoris und Orificium externum herausgeschnitten und dann zu beiden Seiten der Urethra weit hinauf, entlang derselben, frei präpariert. Dieser Kanal, der auf diese Weise vollkommen frei wird, wird nunmehr weit vorgezogen und vorne an der Klitoris durch zwei tiefe Nähte fixiert. Dann werden die seitlichen Wundränder durch eng gestellte Nähte vereinigt. Auf diese Weise gelangt die Harnröhre in eine weitaus günstigere Lage. Die Vorziehung der Harnröhre bewirkt, daß die häufigen Urethrokelen ausgeglichen werden und daß Rezessusbildungen der Blase, welche zu Residualharnbildung Anlaß geben, vermieden werden. Vf. wandte die neue Methode in 5 Fällen von Inkontinenz an und hatte stets zufriedenstellende Resultate. — (Amer. Journ. Obstit., Sept., 1905.)

Die Vortäuschung eines Pylorustumors durch einen Nierentumor. Nephrektomie. Heilung. Von Dr. Ed. Schwartz, Chirurg am Hospital Cochin. Ref. A. Haas, München.

Der Fall bietet insoferne Interesse, weil er aufs neue zeigt, welche diagnostische Schwierigkeiten Tumoren des rechten Hypochondriums auch bei unseren heutigen Hilfsmitteln bieten können. Es handelte sich um eine 52jährige Patientin, die im Verlauf mehrerer Monate stark abgemagert war und Beschwerden hatte, die auf den Magen bezogen werden mußten: epigastrisches Druckgefühl, häufiges Erbrechen, Ekel vor Fleisch und Fett. Von Seiten des Urogenitalapparats zeigten sich keine Störungen. Bei der Untersuchung des Abdomens fand sich rechts von der Mittellinie ein faustgroßer Tumor, perkutorisch und palpatorisch von der Leber abgrenzbar, leicht von rechts nach links, weniger leicht von oben nach unten verschieblich. Die bimanuelle Untersuchung der Lumbalgegend ergab auch Beweglichkeit von vorn nach hinten; eine Beziehung zur rechten Niere ließ sich wegen der Muskelspannung nicht nachweisen. Der aufgeblähte Magen war mäßig dilatiert, sonst war nichts Abnormes nachweisbar.

Man nahm auf Grund von Anamnese und Befund ein Pyloruskarzinom an, zog allerdings auch einen Nierentumor in den Bereich der Erwägungen. Gestützt wurde die Diagnose noch durch die Untersuchung des Mageninhaltes: Salzsäure negativ, Zyansäure und Buttersäure in Spuren vorhanden. — Die Urinmenge war herabgesetzt (1000·0), sonst war der Harn normal.

Als die Patientin zur Operation narkotisiert war und die Muskelspannung aufgehört hatte, ergab eine nochmalige bimanuelle Untersuchung, daß der Tumor sich vollständig mit beiden Händen umgreifen und an die Stelle der rechten Niere reponieren ließ. Der Tumor mußte also von der rechten Niere ausgehen. Er wurde nun auf transperitonealem Wege exstirpiert; es handelte sich um ein Fibrosarkom der Niere, das deren untere zwei Drittel einnahm.

Die Patientin genas und war nach der Operation beschwerdefrei.

Hier hatte das Fehlen jeder funktionellen Nierenstörung, die Magenbeschwerden, die verminderte Urinsekretion zusammen mit dem Palpationsbefund zur Annahme eines Magenkarzinoms geführt. Es zeigte sich also wieder, wie wichtig die Untersuchung in Narkose bei zweifel-

Digitized by Google

haften Bauchtumoren ist. Uebrigens hätte, wie Vf. selbst angibt, die Untersuchung des getrennten Urins beider Nieren vielleicht auf die richtige Fährte geführt. — (Journal des Praticiens, Nr. 27, 1905.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Einige Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis. Von M. v. Zeißl.

Der Autor beginnt mit einer Antithese: Bärensprung und H. Zeißl, zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit energische Merkurialisten, wurden zum Schluß derselben nahezu Gegner des Merkurs, Fournier und seine Anhänger treten für die chronisch-intermittierende Behandlung ein.

Beide Parteien haben nach M. v. Zeißl unrecht, die Wahrheit liege auch hier wieder einmal in der Mitte. Die Behauptung, daß die energische Behandlung der ersten Eruption das Auftreten von Spätform hintanhalte, sei sicherlich nicht zutreffend, das wird an der Hand von fünf Krankengeschichten demonstriert. In dem einen Falle hatte sich gezeigt, daß 5%ige Sukzinimidinjektionen unwirksam waren, während 1%ige Sublimatinjektionen glänzenden Erfolg hatten, was der Autor so zu erklären sucht, daß das am Orte der Injektion sich bildende Quecksilberalbuminat bei dem konzentrierten Präparat nicht oder schwer zerlegt werde und in die Zirkulation gelange, während beim schwächeren sicherlich etwas von Quecksilberalbuminat resorbiert werde und rascher heilend wirken könne. Ueberzeugend wäre das wohl nur dann, wenn an die Stelle der 5%igen Sukzinimidinjektionen 1%ige desselben Präparats und nicht solche von Sublimat getreten wären.

Im weiteren bekennt sich der Autor noch als Gegner der Präventivbehandlung, weil dieselbe die definitive Heilung der Syphilis verzögere und zu einer größeren Zahl von Rezidiven Anlaß gebe, und weil sie gummöse Erscheinungen der Haut und Erkrankungen des Zentralnervensystems begünstige.

Der Autor hat nicht die Ueberzeugung, daß die schwer löslicheren Präparate von günstigerer Wirkung seien als die leicht löslichen, überdies sei es auch wichtig, daß das Quecksilber rasch wieder ausgeschieden werde, damit der Organismus für die eventuellen, neuerlichen Gaben empfindlicher sei. Die Einreibungskur sei die energischeste, weil ihr auch lokale Wirkung zukomme, doch versage sie in einzelnen Fällen; deshalb sei es erwünscht, daß wir verschiedene Arten der Einverleibung des Quecksilbers zur Verfügung haben, insbesondere auch darum, weil in dem einen oder anderen Falle auch Idiosynkrasie, nicht gegen das Quecksilber als solches, sondern gegen irgend ein Präparat desselben vorherrsche, während es in anderer Form vertragen werde. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 39, 1905.) D.

Ueber Hodengangrän bei Gonorrhöe. Von A. Buschke.

Das Auftreten von Hodengangrän im Verlaufe einer Gonorrhöe ist eine außerordentlich seltene Komplikation, bis nun sind, den Fall des Vfs. eingerechnet, 17 Fälle publiziert. Der Fall Buschkes betrifft einen sonst gesunden, kräftigen, 27jährigen Mann, der mit akuter Gonorrhöe und einer seit 3 Tagen bestehenden Epididymitis zur Aufnahme gelangte. In den ersten 4 Tagen hohes (bis 39°), kontinuierliches Fieber, dann Abfall der Temperatur; in den nächsten Tagen an dem geschwellten Nebenhoden kaum eine Veränderung zu konstatieren, während der Hoden leichte Druckschmerzhaftigkeit aufweist. Die bereits seit der Aufnahme angewendete Therapie, Bettruhe, heiße Breiumschläge, Salol innerlich, wird fortgesetzt. Während die Erscheinungen am Nebenhoden langsam zurückgehen, ergibt die Palpation nach weiteren vier Tagen in der Tiefe des Hodens einen Erweichungsherd; die Probepunktion fördert Eiter zutage, der sich bei der Nachprüfung (Mikroskop und Kultur) steril erweist. Die Einschmelzung vergrößert sich in den nächsten Tagen in torpider Weise, ohne Fieber, ohne besondere Schmerzhaftigkeit; die Skrotalhaut rötet

Digitized by Google

sich an zirkumskripter Stelle und zeigt Verlötung mit den darunter gelegenen fluktuierenden Partien. Die Operation ergibt zunächst reichlich Eiter aus der mißfärbig nekrotischen Tunika, ein Schnitt ins Hodenparenchym zeigt dasselbe von kleinen Abszessen und Nekrosen vollständig durchsetzt, so daß der Hoden samt der Tunika exstirpiert werden muß; der Nebenhoden, der durch eine Schichte normalen Gewebes gegen das Kranke abgegrenzt erscheint, wird (auch aus psychologischen Gründen) zurückgelassen. Wundverlauf normal, die Nebenhodenentzündung geht rasch zurück, so daß bald die lokale Behandlung der Urethritis aufgenommen wird. Eine Urethritis posterior und Veränderungen der Prostata waren während des ganzen Verlaufes nicht zu konstatieren. Patient wurde geheilt entlassen.

Der bei der Operation gewonnene Eiter und die Gewebestückchen ergaben in Kultur (und Schnitten) ein koliähnliches Stäbchen, von dem Näheres nicht mitgeteilt werden kann, da die Kulturen vor weiterer Verwertung zugrunde gingen. Vom Hodenparenchym war (histologisch) fast nichts mehr vorhanden, die Hodenkanälchen mit Eiter und Detritus ausgefüllt, das Epithel zerstört, das elastische Gewebe der Wandungen aber noch größtenteils erhalten.

Unter Anlehnung an die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen läßt sich sagen, daß es sowohl im akutesten, als auch im katarrhalischen Stadium der Gonorrhöe, meist gleichzeitig mit einer Epididymitis, zu einer Entzündung im Hoden mit Ausgang in Abszedierung und Nekrose des Organs kommen kann, und zwar entweder unter heftigen lokalen und allgemeinen Erscheinungen, unter dem Bilde einer eingeklemmten Hernie, oder auch unter ganz geringen Entzündungssymptomen; Ausgang ist entweder spontaner Durchbruch oder operative Eröffnung, Prognose für den Allgemeinzustand günstig, der Hoden ist immer verloren. In pathogenetischer Beziehung ist derzeit noch kein klares Urteil gestattet, denn wenn es sich auch um eine Komplikation der Gonorrhöe handelt, so gelang bis nun der Gonokokkennachweis nicht, die Schwere des Zerstörungsprozesses entspricht auch nicht der Wirkungsweise des Gonokokkus. Andere bis nun gefundene Mikroben, so auch das erwähnte koliähnliche Stäbchen, sind nicht mit Sicherheit zu beschuldigen. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1905.) D.

Dermatologie.

Lichttherapie.

1. **Die therapeutische Verwendung der Lichtwärmestrahlen.** Von Laqueur. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1905.)
2. **Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben.** Von G. Dreyer. (Finsen, Med. Lysiest. H. 7.)
3. **Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Geschwulstzellen gegenüber intensivem Licht.** Von C. Jensen und A. Jansen.
4. **Ueber den Einfluß des Lichtes auf tierische Gewebe.** Von G. Dreyer und H. Jansen.
5. **Ueber die Pathogenese des Buchweizenexanthems.** Von Busck.
6. **Untersuchungen der bei der Lichtbehandlung des Lupus vulgaris hervorgerufenen histologischen Veränderungen.** Von E. Wanscher. (Ibidem H. 7—9.)
7. **Lupusbehandlung.** Von Jeanselme und Chatin, Forchhammer, Lesser. (Int. Tub.-Kongr. Paris, 2. bis 7. Okt. 1905.)

Zur Festigung der Position, welche sich die Lichtbehandlung auf dem Gebiete der Hautkrankheiten gesichert hat, wird auf stets breiterer Basis das Experiment ins Feld geführt, um einerseits die parasitizide Kraft der verschiedenen Strahlengattungen darzutun, anderseits die elektive gewebsschädigende Einwirkung der Emanationen zu erhärten.

Den Einfluß des Lichtes auf das tierische Gewebe konnten Dreyer und Jansen (4) dahin verfolgen, daß Kaltblütlerorgane bei verhältnismäßig geringer Stärke des konzentrierten Bogenlichtes zunächst eine Gefäßdilatation und Hyperämie, dann seröse Infiltration und Thrombosierung der oberflächlichen Kapillaren und kleinen Gefäße erfahren. Erst später beginnt eine geringe Emigration weißer Blutzellen von den etwas

Digitized by Google

tiefer liegenden, nicht thrombosierten Gefäßen. Gleichzeitig hiemit nimmt die Reparationsarbeit ihren Anfang und wird nach kurzer Zeit beendet. Die Haupteigentümlichkeit bei dieser Lichtwirkung ist der oberflächliche Sitz und der äußerst milde Verlauf der Veränderungen. Weitere Untersuchungen ergaben, daß an demjenigen Kaninchenohr, auf dessen Seite der Halssympathikus 1—8 Tage vor oder unmittelbar nach der Belichtung durchschnitten worden war, die Reaktion früher auftrat oder auch früher wieder verschwand, als am Ohr der Gegenseite. Den Grund dieses Phänomens führen Vf. nicht auf trophische Störungen, sondern auf stärkere Blutfüllung der vorbehandelten Region zurück.

Jensen (**3**) trachtet, seine bekannte Versuchsreihe der gelungenen Ueberimpfung des Mäusekarzinoms auf viele Generationen weißer Mäuse als Reagens auf die Lebensfähigkeit belichteter Gewebe zu verwenden. Zur Untersuchung der Lichtwirkung wurden lebensfähige Stücke vom Mäusekarzinom von bestimmter Dicke dem Lichtkegel eines Finsen'schen Konzentrationsapparats ausgesetzt. Nach der Bestrahlung erfolgte die Uebertragung des belichteten Gewebes auf weiße Mäuse und unbelichteten Gewebes auf Kontrollmäuse. Bei einer Gewebsdicke von 0·5 mm unter kurzer Bestrahlung blieb die Virulenz erhalten, bei einer Dicke von 0·2 mm und halbstündiger Bestrahlung blieb die Uebertragbarkeit aus. Es wäre in diesen Versuchen nur eine Bestätigung jenes längst geläufigen Faktums zu erblicken, daß dem Lichte wohl die Fähigkeit zukommt, Geschwulstzellen zu töten, diese Wirkung sich jedoch nur auf minimale Tiefen beschränkt. Es ist das eine Erfahrung, die in der alltäglichen Verwertung des Finsen-, Röntgen- und Radiumlichtes die radikalen Erfolge illusorisch macht, sobald es sich nur um infiltrative Veränderungen handelt, die nach der Tiefe zu die subpapillären Kutisschichten inundieren. Eine Steigerung der Tiefenwirkung streben ja alle Sensibilisierungsversuche an, die in neuerer Zeit gleichfalls auf experimenteller Grundlage die Erhöhung der Penetrationsfähigkeit der Lichtstrahlen anstreben. Dreyers (**2**) Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben mit Hilfe von fluoreszierenden Stoffen hat den Erfolg, daß Versuchsinfusorien, wenn sensibilisiert, bei der Belichtung mittels des Finsen'schen Konzentrationsapparats durch mehrere, zusammen 4 cm dicke Lagen von (formolisierter) Menschenhaut in weniger als 7 Minuten getötet werden. Die gleiche Anordnung von einer Gewebsdicke von 1·25 cm erzielt bei nicht sensibilisierten Tierchen erst nach einer Stunde denselben Erfolg. Ein sensibilisiertes Kaninchenohr zeigt Reaktion, wenn es durch das andere hindurch unter Ausschluß der sonst chemisch wirksamen Strahlen belichtet wird. Die Tatsache, daß die Sensibilisierung auf eine durch die photodynamen Stoffe vermittelte Oxydation zurückzuführen ist, legt Busck (**5**) einer interessanten Versuchsanordnung zugrunde, welche das rätselhafte Phänomen des Buchweizenexanthems zu entziffern trachtet. Die schon von v. Tappeiner ventilierte Vermutung, es könnte das nach Buchweizenfütterung beobachtete Exanthem, das ja nur bei im Lichte gehaltenem Vieh und bei diesem nur an unpigmentierten Hautstellen auftritt, in letzter Reihe wohl durch die Wirkung eines im Buchweizen enthaltenen fluoreszierenden Körpers zustande kommen, trachtet Busck dahin zu verifizieren, daß er aus dem getrockneten Buchweizen eine rot fluoreszierende Substanz zu Sensibilisierungsversuchen heranzieht. Dieser von Prof. Roefoed dargestellte, als Fluorophyll genannte Körper soll in anderen Futterpflanzen nicht vorkommen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist übrigens noch viel zu unsicher, um die Pathogenese solcher Ausbrüche aufzuhellen.

Für die Absteckung der therapeutischen Anzeigen der einzelnen Lichtqualitäten haben sich noch immer keine definitiven Kriterien gewinnen lassen. Selbst bezüglich der relativ einfach liegenden Gewebsverhältnisse des Lupus und der anderen kutanen Manifestationen der Tuberkulose walten keine einheitlichen Heilprinzipien vor. Jeanselme und Chatin (**7**) warnen,

Digitized by Google

gleich Brocq, die reiche Armatur der kaustischen, thermischen und chirurgischen Lupustherapie im Stiche zu lassen, um mit den fraglichen Behelfen der Phototherapie unerreichbare Erfolge erzwingen zu wollen. Finsens mit 94% bezifferter Heilerfolg ist von keinem gewissenhaften Nachprüfer der Methode je erreicht worden. Ausgebreitete Läsionen sind für das Verfahren ungeeignet. Desgleichen weisen Vf. der Röntgen-, Radium- und Hochfrequenzstrombehandlung nur ein spärliches Material zu, was bei dem Aufwand von 30—70 Sitzungen wohl begreiflich erscheint. Forchhammer reflektiert neuerdings auf die imposante Kopenhagener Statistik, die bis Mai 1904 auf 1200 Fälle zurücksieht. Von diesen werden 54% als geheilt ausgewiesen. Die längste Heilungsdauer betrug 8 Jahre (in vier Fällen). In den allermeisten der Wahrnehmungen (283) waren zwei Jahre seit der Bestrahlung verstrichen. Auch an dieser Stätte des konservativen Verfahrens ergibt sich häufig genug die Notwendigkeit, das Bogenlicht gegen andere Heilpotenzen auszutauschen. Lesser behauptet nach wie vor den merkwürdigen Standpunkt, daß eine schöne Narbe, selbst wenn sich in derselben Rezidiven entwickeln, der Radikalheilung vorzuziehen sei, da eine solche doch ohne namhafte Beeinträchtigung der kosmetischen Forderungen nicht zu erzielen ist. Wir glauben kaum, daß eine Rundfrage bei den Kranken eine Entscheidung im Sinne Lessers zur Folge hätte. N.

Kinderheilkunde.

Zur Therapie des Keuchhustens. Ref. Rosenbaum, München.

Thymobromal (Dr. Bloch, Basel), ein Präparat aus Herba Thymi, Folia Castaniae vescae, Radix Senegae mit Zusatz von Bromoform, empfiehlt Dr. Wechsler (Wien. med. Presse, Nr. 22, 1905), der mit dieser Mischung altbekannter und bewährter Keuchhustenmittel eine Besserung der Anfälle in Bezug auf Zahl und Intensität ohne Vergiftungserscheinungen von Seiten des Bromoform sah. — Ebenfalls günstige Erfolge hat Dr. Rahner-Gaggenau (Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1905) mit Antitussin erzielt, einer Salbenmischung von 5 Teilen Difluordiphenyl mit 10 Teilen Vaselin und 85 Teilen Lanolin. Ein nußgroßes Stück wird täglich in die Haut des Halses, der Brust und des Rückens zwischen den Schulterblättern eingerieben. — Aristochin, das die guten Eigenschaften des Chinins mit dem Vorzug der Geschmacklosigkeit vereinigt, wird wegen seiner günstigen Wirkungen von Dr. Köppe-Gießen (D. Aerzte-Zeitg., Nr. 9) gerühmt; es wurden bei Kindern unter 1 Jahre viermal täglich 0·25 g, über ein Jahr viermal 0·5 g gegeben. — Nicht nur als wichtiges Nahrungsmittel, sondern auch als Heilmittel bei Keuchhusten empfiehlt Dr. Hirsch-Riga den dreitägigen Kefir (Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 24, 1905.) — Thiokol in Dosen von 0·25—0·5 g fünfmal pro die hat Dr. Rey-Aachen in Sirup gegeben und seine Wirkung schätzen gelernt; daneben gebraucht er Einblasungen von Xeroform-Natr. sozojodol. in die Nase und den Nasenrachenraum. — (Ref. nach Jahrb. f. Kinderheilkunde, Nov., 1905.)

Ueber Magenspülungen bei Säuglingen. Von Dr. Arthur Mayer. (Aus dem Hilda-Kinderspital der Universität zu Freiburg i. B. Direktor: Hofrat Prof. Dr. Thomas.) Ref. Fromm, München.

Vf. empfiehlt dringend die häufigere Anwendung der Magenspülung bei Säuglingen, die sich bei den praktischen Aerzten trotz der geringen Schwierigkeit ihrer Ausführung und ihrer Ungefährlichkeit bei kunstgerechtem Vorgehen sowie ihres evidenten Heileffektes noch immer nicht der verdienten Beliebtheit erfreut.

Als Indikationen für den kleinen Eingriff bezeichnet Vf. vor allem die akuten Dyspepsien, wobei der Magen am raschesten und sichersten von seinem schädlichen Inhalt befreit wird, da medikamentöse und diätetische Therapie allein oft genug im Stiche lassen. Eine einmalige Magenspülung schon vermag oft das bisher trotz strengster Teediät immer wiederkehrende Erbrechen dauernd zu beheben

Digitized by Google

und den ganzen Zustand des Kindes bedeutend zu bessern.

Ferner ist eine Spülung auch bei subakuten und chronischen Erkrankungen des Säuglingsmagens (besser gesagt: Magendarmtraktus, da die modernste Pädiatrie idiopathische Magenaffektionen im Säuglingsalter im allgemeinen nicht gelten läßt; Ref.) wohl indiziert. Hier gilt es, den meistens durch Ueberfütterung beträchtlich erweiterten Magen von den sich oft noch nach 4—5 und mehr Stunden nach der Mahlzeit vorfindenden stagnierenden und zersetzenden Nahrungsresten zu befreien. Auch bei der entgegengesetzten Affektion, die in einem abnormen Kontraktionszustand besteht und in beinahe unstillbarem Erbrechen unmittelbar nach jeder Nahrungsaufnahme äußert, im Gegensatz zu dem erst mehrere Stunden danach erfolgenden Erbrechen bei Kranken der ersten Kategorie, leistet die Magenspülung durch künstliche Dehnung des kontrahierten Magens gute Dienste. Schon wegen der großen Gefahren des Erbrechens bei Säuglingen, das zu Erschöpfungszuständen und zu Schluckpneumonien führen kann, sollte die Magenpumpe im Vordergrund der therapeutischen Rüstkammer stehen.

Bei Störungen im Chemismus des Säuglingsmagens bietet sich gleichfalls Gelegenheit für die Anwendung der Magenspülung, so z. B. bei der zweifellos auch im Säuglingsalter vorkommenden Hyperchlorhydrie, wobei fortgesetzte Magenspülungen mit einer Schüttelmixtur von Magnesia usta oder Karlsbader Mühlbrunnen recht nützlich sind, wofür Vf. ein Beispiel anführt.

Auch bei solchen chronischen Darmaffektionen, wobei gastrische Störungen zurücktreten, bietet sich Anlaß zu Spülungen, indem durch dieselben die Darmperistaltik mächtig angeregt und der zu evakuierende Darminhalt rascher herausbefördert wird, als es mit geeigneten Abführmitteln möglich wäre.

Ueber den Wert der Magenspülungen bei kongenitaler Pylorusstenose sind die Meinungen geteilt. Während von den einen wenig Nutzen oder sogar Schädigungen gesehen wurden, sprechen sich andere lebhaft für ihre Anwendung aus. Vorsichtige Versuche sind jedenfalls nicht zu verwerfen.

Als Kontraindikationen der Magenspülung haben nur zu gelten: schwerer Kollaps und Laryngospasmus. Bei Lungen- und Herzaffektionen vermeide man große Flüssigkeitsmengen, die das Zwerchfell empordrängen und schwere Zirkulations- oder Respirationsstörungen veranlassen könnten.

Die Technik ist einfach. Man benützt gewöhnliche Magensonden in zwei Größen, vermeide jedenfalls die gefährlichen Instrumente mit endständiger Oeffnung. Die Sonde sei 55—60, der Spülschlauch 50 cm lang. Als Spülflüssigkeit empfiehlt sich 0·7%ige körperwarme Natriumkarbonatlösung, in den ersten Monaten 75 cm^3, später nicht über 125 cm^3. Wenn die Spülflüssigkeit klar abgelaufen ist, empfiehlt sich zum Schlusse noch eine Spülung mit einer geeigneten desinfizierenden Lösung. Gleichgiltig ist die Lagerung des Kindes, auf dem Schoß oder auf dem Rücken, letztere macht Assistenz entbehrlich. Zur Vervollständigung der Spülung empfiehlt es sich, das Kind auch auf die Seite zu legen. Man faßt die Sonde schreibfederförmig und führt sie, ohne die Pharynxwand zu berühren, möglichst tief hinter die Uvula. Ein falscher Weg (in den Larynx) ist kaum zu befürchten. Bei älteren Säuglingen schützt man sich zweckmäßig durch Umwicklung des Zeigefingers vor Bißwunden. Die Sonde ist bei jüngeren Säuglingen am besten 25 cm, bei älteren etwas weiter einzuführen. Bei einiger Vorsicht braucht man keine Perforation zu befürchten, zumal wenn die Magenwände nicht durch zu große Flüssigkeitsmengen übermäßig gedehnt sind.

Im Verein mit den übrigen therapeutischen Maßnahmen — vor allem Darmspülungen — leistet der einfache Eingriff der Magenspülung Treffliches und verdient es, eine hervorragende Rolle in der Therapie der Verdauungskrankheiten des Säuglingsalters zu spielen. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 35, 1905.)

———

Digitized by Google

Ueber Badekuren im Kindesalter. Von O. Heubner. Ref. Prof. H. Starck. Karlsruhe.

Während bisher der Einfluß der Soolbäder auf den menschlichen Organismus nur am Erwachsenen studiert wurde, stellt Heubner zum erstenmale an Kindern derartige Versuche an, indem er sich zugleich die Ratschläge von Bahrmann und Kochmann zunutze macht, welche letztere in einem zusammenfassenden Referate an den bisherigen Stoffwechseluntersuchungen scharfe Kritik übten. Sie verlangten, daß den Bädern eine für den Körper indifferente Temperatur gegeben werde, und daß, falls der Einfluß der Soolbäder auf den Stoffwechsel geprüft wird, zunächst eine Vorperiode von 8 Tagen der eigentlichen Untersuchungszeit vorauszugehen habe.

Beim Erwachsenen soll nach Bahrmann und Kochmann der Effekt der Soolbäder auf den menschlichen Organismus gleich Null, resp. kein größerer sein als derjenige der indifferenten Bäder; diesen Schluß mußten die beiden Autoren auf Grund der bisherigen wissenschaftlichen Feststellungen von Benecke, Keller, Robin u. a. ziehen. Heubner prüfte die Soolbadwirkung an zwei Kindern, einem vollkommen gesunden 5jährigen und einem erethisch skrofulösen 8 Jahre alten Jungen. Die Prüfung erstreckte sich auf den Eiweißstoffwechsel, das Körpergewicht und die Chlorausscheidung. Der erstere soll insofern beeinflußt werden, als eine Steigerung der Stickstoffausscheidung stattfindet. Die Kurve des Körpergewichtes steigt nicht in gleicher Weise wie in der Vorperiode, es tritt eher ein Stillstand während der Soolbadekur ein. Die Chlorausscheidung ändert sich nicht.

Heubner schließt aus diesen Resultaten (welche Rf. übrigens auf Grund der Tabelle nicht mit der gleichen Bestimmtheit wie Vf. anerkennen möchte), daß die Soolbadekur eine eingreifende Kur darstellt, und daß sie über Wochen nur fortgesetzt werden soll, wenn Appetit und Körpergewicht steigen und nach dem Bade eine Reaktion eintritt, bestehend in einem wohligen subjektiven Gefühl, das etwa eine halbe Stunde nach dem Bade sich einstellen soll. Objektiv wird eine gleichmäßige rasche Erwärmung der Oberfläche, eine rote Färbung der Schleimhäute, der Nägel, der Wangen, eine gute Beschaffenheit und mäßige Frequenz des Pulses verlangt.

Weiterhin empfiehlt Heubner für die Kinderpraxis auch Moor- und Schlammbäder, ferner Schwefelthermen, besonders bei skrofulösen, an Lupus und Furunkulose erkrankten Kindern. Bei den spastischen Lähmungen der Kinder sah Heubner gute Erfolge „mit warmen, eventuell bis zu heißen gesteigerten Bädern". — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17 und 18, 1905.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

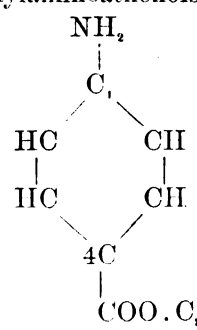
Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Sammelreferat über Novokain, ein neues Lokalanästhetikum.

Das von Einhorn entdeckte und von H. Braun (1) in die Therapie vor kurzem eingeführte Novokain ist das Monochlorhydrat des p-Aminobenzoyldiäthylaminoäthenols und hat die Formel



*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

Das aus Alkohol in Nädelchen kristallisierende Salz löst sich im Wasser im Verhältnis 1:1 zu einer neutralen Flüssigkeit; die wässerige Lösung kann ohne Schaden für das Präparat aufgekocht werden und bleibt auch bei längerem Offenstehen klar.

Das wichtigste Ergebnis der pharmakologischen Untersuchungen von Biberfeld (2) über Novokain ist, daß dieses Mittel bei jeder Art der Anwendung fünf- bis sechsmal weniger giftig wirkt als Kokain und zwei- bis dreimal weniger giftig als Stovain. Ein Zusatz von Suprarenin zum Novokain schwächt die Wirkung des letzteren nicht nur nicht, sondern steigert sie sogar. Die am Menschen vorgenommenen Erprobungsversuche Brauns ergaben, daß das Novokain ein örtliches Anästhetikum ist mit starker, jedoch im Vergleich zu anderen Mitteln flüchtiger Wirkung, ähnlich wie beim Tropakokain. Den Hauptwert bildet die „geradezu ideale Reizlosigkeit". Auch 5%ige Lösungen werden bei endermatischer Einverleibung resorbiert, ohne lokale Spuren zu hinterlassen. 10%ige Lösungen bewirken einen leichten Reizzustand mit geringer Hyperämie. In Verbindung mit Suprarenin erweist sich das Novokain als ein sehr stark wirkendes örtliches Anästhetikum. Unabhängig von Biberfeld hat auch Braun konstatiert, daß diese Suprareninanämie entschieden intensiver ist als bei Verwendung reiner Suprareninlösungen oder Kokainsuprareninlösungen mit dem gleichen Suprareningehalt. Toxische Nebenwirkungen des Novokains hat Braun in keinem Falle gesehen, obwohl er wiederholt eine Dosis von 0·25 erreichte. Die Anwendung des neuen Mittels ist einfacher und bequemer als die des Kokains, weil seine Lösungen haltbar und durch Kochen sterilisierbar sind. Am besten erscheint es, eine 2%ige Lösung vorrätig zu halten, welche vor Gebrauch nach Bedarf mit Kochsalzlösung zu verdünnen und mit Suprareninzusatz zu versetzen ist. Mittels 10%iger Lösung, der auf den Kubikzentimeter je 3 Tropfen Suprareninlösung 1:1000 zugesetzt waren, konnte Braun die Nasenschleimhaut in einigen Fällen ebenso schnell und tief anästhesieren, wie mit einer 10%igen Kokainlösung.

Nach den Ergebnissen der Untersuchungen von Heineke und Läwen (3) hat der Suprareninzusatz eine wesentliche Verlängerung der Novokainanästhesie zur Folge. In etwa 50 Fällen wurde das Mittel auf seinen praktischen Wert in der Infiltrationsanästhesie erprobt. Es kamen hiebei zur Verwendung Novokainlösungen von 1:400 in 0·9% Kochsalzlösung mit Suprareninzusatz. Bei Laparatomien wurde so vorgegangen, daß Haut, Unterhautzellgewebe, Aponeurose und Muskulatur Schicht für Schicht mit der Lösung 1:400 unterspritzt, das Peritoneum selbst aber mit einer stärkeren Lösung — 1:200 oder 1:100 — anästhesiert wurde, indem einige Kubikzentimeter der stärkeren Lösung unter die freigelegten Fasci transversales eingespritzt und einige Minuten gewartet wurde. Die Erfolge waren bei diesem Vorgehen durchwegs vollkommen: vollständige Anästhesie von über 1 Stunde. In der Regel wurden mehr als 0·2 g Novokain = 80 cm³ der 0·25%igen Lösung nicht überschritten. Irgend welche Allgemeinwirkungen des Mittels sind bei der Verwendung in der Infiltrationsanästhesie niemals zur Beobachtung gekommen, auch nicht bei Verbrauch von 0·5 g. Ebenso fehlten stets lokale Gewebsschädigungen und irgend welcher unerwünschte Einfluß auf den Heilungsprozeß. Die klinischen Erfahrungen der beiden Autoren mit der Leitungsanästhesie erstrecken sich auf 40 Operationen an den Fingern und Zehen. Mit 2—3 cm³ der 1%igen Novokainsuprareninlösung wurde stets vollkommene Anästhesie erzielt. Die Empfindungslosigkeit begann 6—10 Minuten nach der Injektion und dauerte weit über eine Stunde. Die Ausschaltung umschriebener Hautpartien nach der Umspritzungsmethode von Hackenbruch, die eine Mischform der Infiltrations- und Leitungsanästhesie darstellt, wurde in vollkommener Weise mit 0·5%iger Novokainsuprareninlösung erzielt. Die Erfahrungen Heinekes und Läwens mit Novokain in der Medullaranästhesie gründen sich auf zirka 30 Fälle. Mit

Digitized by Google

Dosen von 0·1—0·15 Novokain in 5%iger oder 10%iger wässeriger Lösung kann man mit großer Sicherheit eine völlige Anästhesie der Dammgegend und der unteren Extremitäten erhalten. Bei steiler Beckenhochlagerung läßt sich mit 0·15 g Novokain mit Sicherheit und ohne Gefahr eine Anästhesie der Bauchdecken bis zum Rippenbogen erreichen. Die verwandten Lösungen wurden stets frisch hergestellt mit sterilem destilliertem Wasser, die Lösung wurde dann gekocht, abgekühlt und auf 1 cm³ mit einem Tropfen der 1‰ Suprareninlösung versetzt. Es wurde in sitzender Stellung des Patienten, seltener in Seitenlage, zwischen dem zweiten und dritten oder dem dritten und vierten Lendenwirbel injiziert. Von Nebenwirkungen bei der Medullaranästhesie wurden konstatiert: auffallend kleiner Puls und Blässe des Gesichts in 2 Fällen, Uebelsein, Aufstoßen, Erbrechen (wie beim Stovain). Als Nachteil der Novokain-Medullaranästhesie gegenüber der mit Stovain zu erreichenden scheint aus den Fällen der Vf. hervorzugehen, daß die Dauer der gesetzten Empfindungslosigkeit beim Novokain eine kürzere ist. (In einem Nachtrag wird angegeben, daß bei weiteren 20 Fällen von Medullaranästhesie bei Injektion von 0·125 g = 2·5 cm³ der Lösung und mit Hilfe der Beckenhochlagerung regelmäßig volle Anästhesie bis zum Nabel oder bis zum Rippenbogen mit geringerer Nebenwirkung als bei der stärkeren Lösung erzielt wurde.)

Von B. Sachse (4) wurden Versuche über die Verwendbarkeit des neuen Mittels in der Zahnheilkunde angestellt. Nach den Erfahrungen dieses Autors kommt für Extraktionen die 2%ige Lösung in Frage. Man kann, je nach dem Falle, 1—5 cm³ davon injizieren und hat je nach dem zu injizierenden Quantum 2—5 Tropfen der Solutio supraren. boric. (1:1000) hinzuzusetzen. Für 1—2 Extraktionen verwendet man nicht mehr wie 2 cm³ Novokain und 3 Tropfen Suprareninlösung. Nach Sachse ist das Novokain ein Mittel, welches bei bedeutend geringerer Toxizität als das Kokain eine mindestens ebenso gute Anästhesie erzeugt und vom Gesamtorganismus gut vertragen wird.

Danielsen (5) hatte unter 60 unter Novokainanästhesie operierten Fällen 57 Mal vollen Erfolg, dreimal = 5% Mißerfolge. Seine Erfahrungen decken sich völlig mit denen Brauns und Heineke-Läwens. Er ist der Meinung, daß das Novokain das einzige zur Zeit bekannte Mittel bildet, welches das Kokain in der Chirurgie zu ersetzen vermag und empfiehlt es auf Grund seiner poliklinischen Erfahrungen sehr für die Verwendung in der ärztlichen Praxis.

Erhard Schmidt (Dresden) [6] berichtet ebenfalls in einer kleinen Arbeit über das neue Mittel. Er gebrauchte in der Regel eine 1%ige Lösung von der z. B. 3—5 cm³ (= 0·03—0·05 g Novokain) genügen, um einen Finger durch Leitungsanästhesie gefühllos zu machen. Er injizierte des öfteren bis zu 25 cm³ der Lösung (= 0·25 g Novokain), ohne irgend welche Vergiftungserscheinungen zu beobachten. Stets wurde Suprareninum hydrochloricum oder boricum 1:1000 hinzugesetzt (5—8 Tropfen zu je 10 cm³), jedoch nicht mehr als im ganzen 15 Tropfen. Die Indikationen des Novokains sind die gleichen wie die des Kokains, ebenso die Injektionstechnik. Sehr gute Dienste leiste das Mittel auch bei kleinen postoperativen Eingriffen, die in der Regel ohne Anwendung eines Lokalanästhetikums ausgeführt werden, wie z. B. Ablösung der Verbandgaze von sehr empfindlichen Wundflächen (Nagelbett), Entfernen von Tampons aus tiefen Wundhöhlen etc. Zu dem Zwecke wird ein 0·2 oder 0·5 g Novokain enthaltendes Gläschen mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und diese Lösung auf die zu anästhesierende Wundfläche getropft. Nach einigen Minuten kann der Eingriff für den Patienten fast schmerzlos ausgeführt werden. Vor sehr schmerzhaften Injektionen von Arzneimitteln, wie Jodoformemulsion bei Gelenktuberkulose, Natrium arsenicosum bei inoperablen Karzinomen, werden ebenfalls 1—2 cm³ einer 1%igen Lösung injiziert.

Das Novokain ist ein Erzeugnis der Höchster Farbwerke, welche es in folgenden Formen in den Handel bringen:

Digitized by Google

1. pulverförmig in Fläschchen zu 1, 5, 10, 25 g;

2. Novokain-Suprarenintabletten A (Infiltrationsanästhesie). Röhrchen zu je 10 Tabletten à 0·125 g Novokain und 0·00016 Suprarenin. boric.;

3. Novokain-Suprarenintabletten B (zentrale Leitungsanästhesie). Röhrchen zu 10 Tabletten à 0·1 g Novokain und 0·00045 g Suprarenin;

4. Novokain-Suprarenintabletten C (Medullaranästhesie). Röhrchen zu 20 Tabletten à 0·05 g Novokain und 0·000108 g Suprarenin. boric.;

5. Novokaintabletten D (zahnärztliche Praxis). Röhrchen zu 10 Tabletten à 0·2 g Novokain und 0·09 g Kochsalz;

6. Novokain-Suprareninlösung 0·5% (Infiltrationsanästhesie). Fläschchen à 25 cm³.

7. Novokain-Suprareninlösung 2% (zentrale Leitungsanästhesie und Zahnextraktion) Ampullen à 5 cm³.

8. Novokain-Suprarenin-Lösung 5% (Medullaranästhesie). Ampullen à 3 cm³.*)

Literatur:

1. Prof. H. Braun. Aus der chir. Abteilung des Diakonissenhauses Leipzig. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42, 1905.

2. Privatdozent Dr. J. Biberfeld. Aus dem pharm. Institut Breslau. Med. Klinik Nr. 48, 1905.

3. Privatdozent Dr. Heineke und Dr. Läwen. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 80, 1905.

4. Dr. B. Sachse (Leipzig). Deutsche zahnärztl. Wochenschr. Nr. 45, 1905.

5. Dr. W. Danielsen. Aus der chir. Univ.-Poliklinik Marburg. Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1905.

6. Dr. E. Schmidt. Aus der chir. Klinik von Hofrat Haenel (Dresden). Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1905.

Ueber einige Ersatzmittel des Kokains berichtet Gemuseus in einer Arbeit: **Ueber das Stovain, ein neues Lokalanästhetikum.**

Tropakokain ist dem Kokain nicht gleichwertig in Bezug auf Anästhesie, es soll hingegen dreimal weniger giftig sein als dieses.

Eukain wird in zwei Formen hergestellt. Erstens als Eukain A und zweitens als B-Eukain. Das erstere Präparat ist jedoch als Anästhetikum von schwächerer Wirkung als das Kokain und kann, seiner reizenden Eigenschaften wegen, nicht angewendet werden. Das Beta-Eukain ist, nach Legrand (Paris) wegen der Blutung und leichten Reizwirkung für chirurgische Zwecke nicht so gut, wie das sorgfältig angewandte Kokain. (? Ref.).

Akoin. Bei diesem Lokalanästhetikum dürfen keine stärkeren als 1%ige Lösungen verwendet werden, weil es schon in 2%iger Lösung ätzend wirkt. Als Vorzug vor dem Kokain wird angegeben, daß die Anästhesie drei- bis viermal länger andauere bei jeglichem Fehlen irgend einer schädlichen Nachwirkung.

Holokokain ist giftiger als das Kokain und kommt deswegen hier nicht weiter in Betracht.

Aneson oder Anesin. Bei demselben ist die Anästhesie bloß auf die Quaddel beschränkt. Eine richtige Infiltrations- oder regionäre Anästhesie ist somit unmöglich; auch hinterläßt es schmerzhafte und gerötete Infiltrate.

Orthoform. Auch dieses Produkt ist unbrauchbar für subkutane Injektionen, da bereits 0·2%ige Lösungen einen starken brennenden Injektionsschmerz hervorrufen.

Nirvanin wirkt gering schmerzlindernd, zeigt häufig üble Nachwirkungen und darf, der Gefährlichkeit wegen, in nicht stärker als 2%iger Lösung injiziert werden.

Anästhesin ist vollkommen unschädlich und in hervorragender Weise schmerzbetäubend.

Das vom Vf. in einer großen Anzahl von Fällen angewandte Stovain ist drei- bis viermal weniger giftig als das Kokain, während es ihm als Anästhetikum durchaus gleichwertig ist. Es ist frei von

*) An unsere Leser ergeht die Bitte, ihre Erfahrungen mit Novokain (und mit anderen neuen Präparaten) dem Vf. der „Therapeutischen Neuigkeiten“ mitzuteilen. Besonders der praktische Arzt möge nicht mit derartigen Mitteilungen zurückhalten. Gute wie schlechte Erfahrungen werden mit gleicher Objektivität referiert werden.

Digitized by Google

Begleiterscheinungen unangenehmer Natur intra et post operationem. Ein Vorzug ist, daß es vermöge seiner vasodilatatorischen Eigenschaft in sitzender Stellung des Patienten angewandt werden kann. — (Dissertation, Bern, 1905.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Aldol bildet eine farblose Flüssigkeit von charakteristischem Geruch und süßlichem Geschmack, löslich in Wasser, Alkohol und Aether. Bei längerem Stehen im Sommer entsteht ein kristallinischer, farbloser Niederschlag, Paraldol. Es reduziert ammoniakalische Silberlösung. Es soll als Schlafmittel Verwendung finden.

Alypin „Bayer" ist ein neues Lokalanästhetikum, welches imstande sein soll, Kokain in allen Fällen ersetzen zu können. Außerdem soll es erheblich weniger giftig sein als Kokain und unangenehme Nebenerscheinungen nicht hervorrufen.

Analan enthält Extr. Hamamel. amer., Bismuth. superoxyd., Zinc. oxyd., Jod, Kreosot, Ichthyol, Lanolin und Vaselin.

Anasarcin enthält die wirksamen Bestandteile von Oxydendron arbor., Sambuc. canad. und Urginea Scilla und findet Anwendung gegen Herz-, Nieren- und Leberleiden.

Anticilloid sind Urethralstäbchen aus Kakaobutter, mit 10% Protargol hergestellt. Prophylaktikum gegen Tripper.

Antidiabeticum fluidum von Wilh. M. Stock in Düsseldorf soll bestehen aus: 97·78% Extr. Senecionis Fuchsii aquos. fluid., 2% Alkalien, 0·2% Salizylsäure und 0·02% Trypsin.

Antipyrinkollodium. Lösung von 1 Teil Antipyrin in 4 Teilen Kollodium. Styptikum für die kleine Chirurgie.

Brandsanal. Brandwundmittel aus Acid. carbol. 0·01 g, Acid. picrin. 0·07, Aq. dest. 10 g, Glyzerin 0·23 g.

Cardiacus Bonavera ist ein Cardiacuspräparat, das bei Arteriosklerose, verschiedenen Herz-, Lungen- und Nierenleiden empfohlen wird.

Chloräthoform ist Chloroform mit 0·25% Aethylchlorid.

Chloroform-Kampfervasol besteht aus gleichen Teilen der drei Komponenten. Analgetikum bei rheumatischen und neuralgischen Schmerzen, Ischias, Lumbago etc.

Creosotina ist ein an Kohlensäure und Benzoesäure gebundenes Kreosotpräparat.

Dispnon, gegen Asthma cardiale, Angina pectoris, Arteriosklerose, auch wirksames Diuretikum bei Oedemen etc., besteht aus Theobrominsalzen und Extr. Quebracho. Verzuckerte Tabletten. — (Pharm. Post.)

Euzon ist der Handelsname für Natriumperboratpastillen, die an Stelle von Wasserstoffperoxyd verwendet werden.

Formicin (Kalle & Co.) findet Anwendung als Antiseptikum und nach Dr. Fuchs zu Einspritzungen tuberkulöser Gelenke und Weichteile, anstatt Jodoformglyzerin; ferner als Desinfiziens und Desodorans bei infizierten Höhlen und Flächen und als 20%ige, nicht allzu warme Lösung zu Spülungen bei Blasenkatarrh, zu feuchten Verbänden und als Dauerdesinfiziens zur Herstellung aseptischer Körperflächen.

Hemidesmuswurzel von Hemidesmus indicus. In England in Sirupform als Anregungsmittel gebraucht.

Hetolsanguinal. Zusammensetzung: Mit Schokolade überzogene Sanguinalpillen, von denen jede 0·001 Hetol enthält. Anwendung: Als Hetolpräparat täglich 1—6 (Kinder 1—3) Pillen.

Hydramil. Zusammensetzung: Amylnitrit, $C_5H_{11}NO_2$. Eigenschaften: Gelbliche Flüssigkeit. Anwendung: 2—4 Tropfen bei Angina pectoris, Asthma und Dispnoe. Kapseln à 0·25—0·5 bei Gallensteinkolik. — (Riedels Berichte.)

Hygrophila spinosa. Das Dekokt 1:10 wird als harntreibendes Mittel empfohlen. — (Pharm. Post.)

Keimol besteht aus Phenylsalizylat, Thymus vulgaris, Gaultheria procumbens und Mentha piperita und wird als innerliches und äußerliches Antiseptikum angewendet. Eine 40—50%ige Verdünnung soll Diphtherie- und Typhusbazillen, sowie Streptokokken in einer Minute töten.

Krelution ist eine Kresolseifenlösung mit 66% Kresolgehalt, aus Florizinatseifen hergestellt.

Digitized by Google

Kremulsion ist ein durch Harzseife emulgierbar gemachtes Kresolpräparat.

Methyl-Xanthin, Methyl-Xanthin-Natriumazetat und Methyl-Xanthin-Natriumsalizylat sind Ersatzmittel für Theobromin, Agurin und Diuretin.

Palladium chloratum ist eine schwarzbraune, in Wasser lösliche Masse und findet nach S. Solis-Cohen bei Lungentuberkulose Anwendung. Dosis: 5—10 Tropfen einer 3%igen Lösung in etwas Wasser vor den Mahlzeiten.

Pelsitin-Kräutertee, von K. Hahn in Berlin, besteht aus 78% Bohnenhülsen, 6% Birkenblättern, 4·8% Maisnarben, 3·2% Zinnkraut, 3% Bärentraubenblättern, 3·4% Löwenzahn-, resp. Leinsamen und 1·6% Kalmus und Bitterklee. Anwendung: Diuretikum bei Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Gallenstein, Diabetes. — (Pharm. Post.)

Picratol. Pikrinsaures Silber wird in Form von Vaginalkugeln und Urethralstäbchen als Desinfiziens angewendet.

b) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

Antichlorpillen enthalten: je 0·05 g Eisenoxydulsulfat, Natriumkarbonat, Chininsulfat und Brechnußextrakt, sowie 0·002 g arsenige Säure. Anwendung: Gegen Bleichsucht 2 Pillen täglich.

Antiferment-Tabletten bestehen aus Bismuth. subnitric., Rad. Rhei, Natr. bicarbonic., Magnes. carbonic. und Elaeosacch. Menth. pip. Sie sollen die Magentätigkeit und die Verdauung befördern. — (Pharm. Post, Nr. 29.)

Bismutose ist eine Wismuteiweißverbindung mit 22% Wismut und 66% Eiweiß in Form eines geruch- und geschmacklosen, weißen, am Lichte grau werdenden, in den üblichen Lösungsmitteln unlöslichen Pulvers, welches auch gegen den Magensaft widerstandsfähig ist und erst im Darm zerlegt wird. Sie findet Anwendung als Tonikum und Adstringens, besonders bei Durchfällen. Kleinen Kindern gibt man stündlich 1—2 g, größeren Kindern mehr. Als Klistier und zu Magenausspülungen dienen mehrmals täglich 10-, resp. 20%ige Stärkeaufschwemmungen. Die innerliche Darreichung geschieht zweckmäßig in der Weise, daß man einen Brei aus Bismutose und Reisschleim oder warmem Wasser herstellt und diesen in Eiweißwasser, Bouillon von Kalbsfüßen, Tee, Reisschleim etc. verteilt. (Aeußerlich Streupulver bei Verbrennungen und Intertrigo.)

Cestiacol (Creß) ist Acetylguajacyl; wirkt ähnlich wie Guajakol, ohne den Verdauungstrakt zu reizen.

Dysphagietabletten enthalten je 0·005 Kokainhydrochlorid und 0·01 Menthol und finden Anwendung gegen Schluckbeschwerden und Katarrhe der oberen Luftwege.

Elkossan sind Tabletten aus Brucea Sumatrana. Antidysenterikum und Hämostatikum. Täglich 6—8 Stück.

Eisenkraftbrot von Apotheker Aufsberg in Wiesbaden enthält Eisen-Saccharat und Dextrinat.

Eisenphosphomannit. Gegen Blutarmut 2—3mal täglich 1 Kaffeelöffel voll (0·1 g Eisenphosphomannit).

Enterorose heißt ein aus „Getreide- und Pflanzenbestandteilen" unter Zusatz von Diastasemalzextrakt und Fleischsolution hergestelltes Nährmittel. Gelbliches, mit Wasser leicht mischbares Pulver, das Anwendung findet als diätetisches Nährpräparat bei Darmkatarrhen, besonders bei Kindern, bei Dysenterie etc. Dreistündlich einen Teelöffel bis Eßlöffel voll in Wasser.

Eosot ist baldriansaures Kreosot, Kreosotvaleriansäureester. Farblose bis gelbliche, in Wasser lösliche, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit, die Anwendung findet in Dosen von 0·2—0·6 in Gelatinekapseln mehrmals täglich zur Desinfektion des Magen- und Darmkanals, besonders bei Tuberkulösen.

Eucasin ist eine Verbindung von Kasein mit Ammoniak und präsentiert sich als feines, weißes, in warmem Wasser lösliches Pulver von milchartigem Geruch und Geschmack. Anwendung als Nährpräparat zum Ersatz von Milch und Fleisch, besonders für Gichtiker, Anämische, Magenleidende und Phthisiker. Zur Darreichung werden empfohlen: Fleisch-

Digitized by Google

brühe, Suppen, Kakao, Schokolade etc. Dosis 30—40 g Eucasin, entsprechend 24—32 g Eiweiß.

Eucasin-Schokolade enthält zirka 20—30% Eucasin.

Eudoxin. Zusammensetzung: Wismutsalz des Tetrajodphenolphthaleins. Eigenschaften: Rotbraunes, in Wasser unlösliches, geruch- und geschmackloses Pulver. Anwendung: Als Darmantiseptikum zu 0·3—0·5 (Kindern 0·1—0·2) mehrmals täglich bei Darmkatarrhen. Wird nicht im Magen, sondern erst im Darm zerlegt in Nosophennatrium und Wismutoxyd. — (Riedels Berichte.)

Feronia-Brot. Das von der Feronia-Brotfabrik in München-Laim hergestellte Feronia-Brot ist als eine wertvolle Errungenschaft auf diätetischem Gebiete zu bezeichnen. 100 Teile Brot enthalten nach Hobeins Analyse: Wasser 36·80 Teile, Stickstoff 0·89 Teile, Proteinsubstanz 5·57 Teile, Fett 0·186 Teile, Rohfaser 0·93 Teile, Kohlehydrate 54·488 Teile, Mineralstoffe 2·026, Eisen (in organischer Bindung) 0·065 Teile.

Glutannol ist eine Verbindung von Tannin mit pflanzlichem Fibrin in Pulverform; wird ähnlich wie Tannalbin und Tannocol bei Ruhr, Darmkatarrh, Darmtuberkulose, Brechdurchfall in Dosen von 0·25—1·0 (bei Kindern 0·25—0·5), auch in Tabletten angewandt.

Hämalbumin. Aus Blut bereitetes Eiseneiweißpräparat, welches aus Hämatin, Hämoglobin, Serumalbumin, Paraglobulin und Blutsalzen besteht. Eigenschaften: In Wasser lösliches, säuerlich schmeckendes, nach Zimmt riechendes, schwarzbraunes Pulver. Findet Anwendung bei Anämie und Folgezuständen, Tuberkulose mehrmals täglich 1·0—2·0.

Hämanutrid. Zusammensetzung: Hämoglobin 70, Glyzerin 20, Kognak 10. Eigenschaften: Rotbraune Flüssigkeit. Anwendung: Als diätetisches Blutpräparat bei Anämie und Folgezuständen. — (Riedels Berichte.)

Hämol. Zusammensetzung: Durch Einwirkung von Zinkstaub auf defibriniertes Blut, Entfernen des Zinks mit Schwefelammonium etc. erhaltenes, reduziertes Hämoglobin. Eigenschaften: Schwarzbraunes Pulver. Anwendung: Bei Anämie und Folgezuständen mehrmals täglich in Dosen von 0·1—0·5 mit den Mahlzeiten. — Arsenhämol, 1% arsenige Säure enthaltend. Mehrmals täglich 0·1 in Pillenform, jeden vierten Tag um eine Pille steigernd bis 10 Pillen pro die bei Hautleiden, Anämie und Neurosen. — Bromhämol, 2·7% Brom enthaltend. Braunes Pulver, mehrmals täglich 1·0 bei Epilepsie. — Jodhämol, 16% Jod enthaltend. Pillen à 0·2—0·3 mehrmals täglich bei Syphilis, Bleivergiftung, Skrofulose, Asthma, Psoriasis. — Quecksilberjodhämol. Braunes, 12·35% Quecksilber und 28·6% Jod enthaltendes Pulver. In Pillen à 0·03—0·06, 4—6 Pillen täglich bei Syphilis. — Kupferhämol, 2% Kupfer enthaltend. In Dosen à 0·1 mehrmals täglich bei Tuberkulose, Skrofulose, Lues, Ekzem, Anämie, Chlorose. — Zinkhämol, 1% Zink enthaltend. Dunkelrotbraunes Pulver. Mehrmals täglich 0·5 bei Diarrhöen und Chlorose (Merck.) — (Riedels Berichte.)

Manganum albuminatum. Zusammensetzung: Ein 3·3% Mangan in organischer Bindung enthaltendes Präparat. Eigenschaften: Braune, in Wasser ziemlich leicht lösliche Lamellen. Anwendung: Gegen Anämie und Chlorose.

Penase ist eine Weinhefe in Tablettenform, die bei Appetitlosigkeit und Magenleiden Anwendung findet. Dosis: 1—2 Tabletten à 0·5 vor den Mahlzeiten.

Pepsin lactated ist ein aus Pepsin, Pankreatin, Milchsäure, Malton, Diastase und Salzsäure bestehendes Präparat, das Anwendung bei Verdauungsleiden findet.

Phosphorintabletten. Zusammensetzung: Mit Schokolade bereitete, je 0·00025 g Phosphor enthaltende Tabletten. Wohlschmeckende Darreichungsform des reinen Phosphors.

Roborat. Zusammensetzung: Ein aus Getreide gewonnenes Eiweißpräparat. Eigenschaften: zirka 95% Eiweiß, 2% Lezithin, ätherlösliche Substanz und Glyzerinphosphorsäure, sowie 1·6% Aschenbestandteile und 1% Stärke und Dextrin enthaltendes, staubfeines, fast weißes

Digitized by Google

Pulver, welches mit Wasser leicht quellbar ist. Anwendung: Als Nährpräparat, eßlöffelweise in die zirka sechsfache Menge Flüssigkeit eingerührt zu geben.

Roses Diabetesmilch. Zusammensetzung: Aus den Grundstoffen der Milch mit Ausnahme des Zuckers aufgebautes Präparat mit 10% Fett, 2·29% Eiweiß, 0·17% Mineralstoffen und 1·24% stickstoffreien Substanzen. Eigenschaften: Sahnenartiges Getränk von aromatischem, schwach süßlichem Geschmack. Anwendung: Als Ersatz der Milch bei Diabetikern.

Sano. Zusammensetzung: Ein durch Hitze dextriniertes Gerstenmehl, welches nach Aufrecht besteht aus: Wasser 13·72, Proteinsubstanz 12·46, Fett 1·62, Mineralbestandteile 1·85, lösliche Kohlehydrate 4·01, Zellulose 1·40, Stärke 64·85%. Findet Anwendung als Kindernährmittel.

Taka-Diastase. Zusammensetzung: Durch Fällung mit Alkohol aus Reinkulturen des Pilzes Eurotum Oryzae gewonnenes Ferment. Gelblichweißes Pulver, welches sich von der Malzdiastase dadurch unterscheidet, daß es noch schneller verflüssigt, als verzuckert, während bei der Malzdiastase beide Vorgänge gleich schnell verlaufen. Takadiastase verwandelt die 100fache Menge Stärke binnen 10 Minuten in Zucker. Anwendung bei Stärkedyspepsie, Verdauungsstörungen, Hyperazidität, in Dosen von 0·2—0·3 nach den Mahlzeiten.

Vinum jodotann. phosphor. enthält Jod 2 g, Acid. tann. 4 g, Syr. Ratanh. 100 g, Calc. phosphor. 20 g, Malaga 860 g.

Lebertranersatzpräparate.

Albumol ist eine Emulsion aus Hühnereiern, Lebertran, Kognak, Kalziumphosphat, Natron, Zucker und Zitronensaft.

Alginose ist ein Lebertranersatz und enthält die wirksamen Bestandteile von Meeresalgen.

Jecorol ist eine Schokoladen-Lebertranemulsion; dieselbe kommt neuerdings in Verbindung mit verschiedenen Medikamenten in den Handel, so mit 2% Guajakolkarbonat als Jecorolum guajacolatum, mit 10% Jodipin als Jecorolum jodatum, mit 6% Lezithin als Jecorolum lecithinatum.

Jodeisenlebertran (Upmann) ist ein Lebertran, von welchem 15 g 0·01 g Eisenjodür enthalten.

Lebertran-Albumin heißt ein 60—80% reinen, unzersetzten Lebertran enthaltendes, trockenes, angenehm schmeckendes Pulver.

Lezithin-Lebertran = Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino sec. Richter; enthält pro Kaffeelöffel 5 Zentigramm Lezithin.

Lofotin ist hydroxylfreier Lebertran, resp. solcher mit 0·01% Phosphor.

Lymphol heißt eine Chinacinnol*) enthaltende Lebertran-Emulsion.

Morrhuol ist ein durch Spiritusextraktion aus dem Lebertran gewonnener Körper, welcher Phosphor, Jod und Schwefel enthält und eine dunkelbraune Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 0·93—0·94 und widerlichem scharfen Geschmack darstellt. Findet Anwendung als „wirksames Prinzip des Lebertrans", mehrmals täglich in Gelatinekapseln à 0·2 g.

Ossin (Extractum ossium liquidum). Zusammensetzung: In 100 Teilen nach Ph. Zentralh.: Wasser 8·82, Salze 0·4, Aetherextrakt 0·06, Stickstoff 12·10, in Alkohol von 80° lösliche Stoffe 61·25. Die Salze sollen in Prozenten bestehen aus: Phosphorsäure 32·79, Schwefelsäure 1·85, Chlor 9·54, Eisenoxyd 0·34, Natron 12·21, Kali 38·47, Kalk- und Magnesia 4·77, Sand 0·03. Eigenschaften: Dunkelbraune, etwas bitter schmeckende Flüssigkeit. Anwendung: Gegen Diabetes angepriesen. Neuerdings wird mit „Ossin" etwas anderes bezeichnet, nämlich ein Lebertranpräparat, welches nach Aufrecht folgende Zusammensetzung hat: Aetherlösliche Stoffe (fettes Oel mit 0·027% Jod) 24·75, stickstoffhaltige Substanz 0·82, lösliche Kohlehydrate 24·2, Mineralstoffe 0·23. Die Mineralstoffe enthalten: Phosphorsäure 0·0184, Schwefelsäure 0·006, Kalk 0·041, Eisen 0·012. Eigenschaften:

*) Chinacinnol wird ein aromatischer Auszug aus Zimmt und Chinarinde genannt.

Digitized by Google

Mit Zucker versüßte, nicht unangenehm schmeckende, haltbare Lebertranemulsion. Anwendung: Als leicht einzunehmendes Lebertranpräparat. — (Riedels Ber.)

Ossogen ist Hämatogen-Lebertran.

Panutrin. Zusammensetzung: „Lebertranpulver mit Zusatz von Kalziumglyzerophosphat, Lezithin etc." Anwendung: Als Diätetikum bei Skrofulose, Rachitis etc.

Sesamin heißt eine wohlschmeckende Sesamölemulsion, die an Stelle von Lebertranemulsion und auch als Guajakol-, Sandel- und Kampfersesamin in den Handel gebracht wird. (Fortsetzung folgt.)

2. Rezeptformeln.

Ulcus ventriculi.

1. Rp. Bism. subn. 10·0
Sol. gelatin. alb. (20%) 100·0

D. S. Im Laufe des Tages eßlöffelweise zu nehmen.

2. Rp. Chloroform. 0·5— 1·0
Bism. subn. 10·0—15·0
Aqu. dest. ad 200·0

M. D. ad vitr. nigr.
S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Gastritis chronica.

Rp. Tinct. nuc. vomic. 10·0
Acid. hydrochlor. dil. } āā 5·0
Resorcini
Tinct. chin. comp.

M. D. S. Viermal täglich 10 Tropfen zu nehmen.

Stomachikum.

Rp. Extr. Strychn. 0·03
Pulv. rad. Colombo } āā 0·25
Pulv. rad. Calami

M. f. p. D. tal. dos. Nr. X.
D. S. Dreimal täglich vor dem Essen ein Pulver (in Oblaten) zu nehmen.

Magenkrampf.

Rp. Chlorali hydrati 4·0
Syr. cort. Aurant. } āā 30·0
Aq. font.

M. D. S. Bei Schmerzanfällen ein bis zwei Eßlöffel voll zu nehmen.

Carcinoma ventriculi.

1. Rp. Cort. Condurango 25·0—30·0
Macera per hor. XII
cum aqu. 250·0
Digere len. calor. ad col. 150·0
Acid. hydrochlor. dil. 1·5—2·0
Syr. Zingiberis. ad 200·0

D. S. Alle 2—3 Stunden ein Eßlöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Cort. Condurango 50·0
Cort. Frangulae
Fruct. Coriandri } āā 25·0
Herba Centaurii
Fol. Sennae
Herb. Absynthii } āā 15·0

M. f. species.
D. S. 3—4 Eßlöffel voll von diesem Tee auf ¾ l Wasser. 12 Stunden stehen lassen, einmal leicht aufkochen und durch ein Tuch durchseihen. Hievon dreimal täglich ein Weinglas voll zu nehmen, eventuell mit Zusatz von 10—12 gtt. Acid. hydrochloric. dil.

3. Behandlungsmethoden.

Therapie der Vergiftungen.

F. v. Juvalta hat in seiner Dissertation (aus der medizinischen Universitätsklinik Zürich: Prof. E. Eichhorst) „Ueber die Vergiftungen, welche in den Jahren 1884—1904 auf der Züricher medizinischen Klinik beobachtet wurden", Angaben über die Therapie der Vergiftungen gemacht, ein Kapitel, dessen Wichtigkeit für den praktischen Arzt, dem dieses Zentralblatt in erster Linie dient, nicht weiterer Erörterung bedarf.

I. Vergiftungen durch Säuren (Azidismus).

Schwefelsäurevergiftung.

Die Therapie soll, den Verhältnissen angepaßt, so schnell als nur möglich eingreifen, je schneller, desto besser. Hier gilt ganz besonders der Satz: Bis dat, qui cito dat. Sehr gute Dienste leisten Milch, Eiweißlösungen, Seifenwasser und Alkalien. Das bewährteste Mittel gegen die H_2SO_4-Vergiftung ist die Magnesia usta. Gegen Entzündung und Schmerz im Mund und Rachen bewähren sich Eisstückchen inner-

Digitized by Google

lich und Eiskrawatten um den Hals ausgezeichnet. Die Magenspülung darf unter keinen Umständen vorgenommen werden wegen der großen Gefahr einer Perforation. Die Nahrung hat nur in flüssiger, reizloser Kost zu bestehen, wie Milch, Milchbrei, Reisbrei etc.

Salpetersäurevergiftung.

Die Therapie der Salpetersäurevergiftung deckt sich mit der der Schwefelsäurevergiftung.

Salzsäurevergiftung.

Die Therapie ist die gleiche wie bei den beiden vorhergehenden Vergiftungen. Die Magenspülung ist hier wegen der geringen Aetzung der Schleimhaut allenfalls erlaubt. Gegen die Symptome von Seiten des Zentralnervensystems sollen kalte Uebergießungen, subkutane Injektionen von Kampferöl u. s. w. vorgenommen werden.

Essigsäurevergiftung.

Die Therapie wird genau so geleitet und durchgeführt wie bei der vorhergehenden Vergiftung.

Karbolsäurevergiftung.

Die Magenspülung ist bei dieser Vergiftung geradezu indiziert. Nachher sind Kalksalze zu empfehlen. Gegen komatöse Zustände gibt man Exzitantien.

Lysolvergiftung.

Die Therapie ist die gleiche wie bei der Phenolvergiftung.

Blausäurevergiftung.

Die Therapie muß sofort energisch eingreifen, und zwar in Form von wiederholten Magenspülungen. Ferner Atropin subkutan (0·001 : 10·0); Eisenoxydhydrat, Magnesia und Ammoniak. Weiter Bekämpfung der einzelnen Symptome für sich.

II. Vergiftungen durch Alkalien, Salze der Alkalien und Erdmetalle.

Laugenvergiftung.

Magenspülungen wären geradezu ein Kunstfehler wegen der dabei sehr leicht eintretenden Magenperforation und deren Folgen. Dagegen erweisen sich als sehr zweckmäßig Darreichungen von organischen Säuren, öligen Mitteln und Eiskrawatte.

Vergiftungen mit Aetzammoniakflüssigkeit.

Die Therapie deckt sich mit derjenigen der Laugenvergiftung.

Vergiftungen mit chlorsaurem Kalium.

Die Therapie besteht in sofortiger Magenspülung, welche hier an der Magenschleimhaut keinen Schaden anrichten kann, da chlorsaures Kalium die Magenschleimhaut nicht ätzt. Ganz verkehrt wäre es, eine Säure verabreichen zu wollen, da sich dann im Magen das deletär wirkende Chlorgas entwickeln würde. Um das Gift so rasch als nur möglich aus dem Intestinaltraktus zu entfernen, gibt man Klistiere von Ol. Ricini mit Zusatz von Ol. Crotonis.

III. Vergiftungen durch Metalloide.

Jodvergiftung.

Die Therapie besteht in sofortiger Magenausspülung und Darreichung von jodbindenden Substanzen, wie Stärkemehl und Eiweißlösungen.

Bromvergiftungen.

Die Therapie besteht in Magenausspülungen, Bekämpfung der Kollapserscheinungen, Darreichung von Eiweißlösung oder Stärkekleisterlösung.

Phosphorvergiftung.

Therapie: Sofortige Magenausspülung ist das sicherste und geradezu unentbehrliche Mittel. Ferner sind alle Speisen zu vermeiden, die Fette enthalten. Endlich Wasserklistiere behufs Darmentleerung.

Arsenvergiftung.

Die Therapie besteht in sofortiger Magenausspülung und Darreichung von Magnesia usta. Dann behandelt man die Gastroenteritis. Bei den Lähmungen leisten der galvanische und faradische Strom gute Dienste. Es werden ferner noch Massagen und warme Bäder empfohlen und angewandt.

IV. Vergiftungen durch Metalle.

Quecksilbervergiftung.

(Hierüber macht Vf. keine Angaben. Die Therapie besteht in Unterstützung des Erbrechens, Magen- und Darmausspülung, Eiereiweißlösung, Milch, Holzkohle, darauf Rizinusöl, später Opium. Ref.)

Digitized by Google

V. Vergiftungen durch Gase.

Kohlenoxydvergiftung.

Das allerbeste und einzige Mittel gegen CO-Vergiftung ist frische Luft.

VI. Vergiftungen durch Methanderivate.

Sulfonalvergiftung.

Therapie: Magenausspülungen, Wasserklistiere, Abführmittel, Emetika, Analeptika und Exzitantien.

Von den Alkaloidvergiftungen sei nur die Strychninvergiftungstherapie angeführt; sie besteht in subkutaner Injektion von Apomorphin, Morphin, Atropin. Ferner sind am Platze Darreichung von Kaffee, Tannin und Jodwasser, Chloroforminhalationen und Chloralhydrat. Die Magensonde ist nicht angebracht, da die leiseste Berührung Krampfanfälle hervorruft. — (Dissertation, Zürich, 1905.)

Für die **elektrische Behandlung der Incontinentia urinae** eignen sich besonders die beiden Formen: nächtliche Inkontinenz bei Kindern und Inkontinenz bei Sphinkterschwäche, die auch am Tage Erscheinungen machen und mehr bei Erwachsenen vorkommen. Larad empfiehlt besonders den faradischen Strom bei der ersteren Form: eine Elektrode auf der Lumbalgegend, die andere am Damm oder der Schambeingegend. Die Sitzungen sollen 6—7 Minuten dauern. Bei der zweiten Form empfiehlt er die urethrale Faradisation nach Guyon. — (Journ. d. Prat., 15. Juli, 1905.)

Die belebende Wirkung des reinen Sperminum hydrochloricum Poehl auf das Herz hat Kobert (Naturf. - Gesellsch., Rostock, 1905) bei Versuchen konstatiert, welche er über die Einwirkung einer größeren Anzahl pharmakologisch wirksamer Stoffe auf das isolierte Herz hat anstellen lassen. Das Spermin wirkte auffallend gefäßerweiternd, belebend und kräftigend. Es könnte daher bei Stenokardie, Angina pectoris und bei Herzschwäche bei seiner Ungiftigkeit vielleicht von Nutzen sein. — (Pharm. Ztg., Nr. 98, 1905.)

Die Verordnung von Opium bei Myokarditis wird eindringlich befürwortet von J. H. Musser. — (20. Vers. d. Assoc. amerik. Aerzte, 16. u. 17. Mai 1905.)

Bücher-Anzeigen.*)

Neue physikalisch-chemische Untersuchungen der Milch. Unterscheidung physiologischer und pathologischer Kuhmilch. Von Dr. C. Schnorf. Verlag Art. Institut Orell Füssli. Zürich 1905. 207 Seiten. Preis 3 Mark.

Der Umstand, daß außer der klinischen Untersuchung der Milchtiere bis jetzt der Sanitätspolizei kein Mittel zur Verfügung steht, die Milch auf ihren Gesundheitszustand zu untersuchen, veranlaßte den Verfasser, nach Methoden zu suchen, welche die verschiedenen Milchbestandteile berücksichtigen und besonders auch das bis heute wenig beachtete Verhältnis der Mineralstoffe auf einfache Weise festzustellen erlauben. „Für alle diejenigen, die den wissenschaftlichen Ausbau einer in der Hygiene so enorm wichtigen Frage zu ihrer Aufgabe zählen, ist die vorliegende Arbeit bestimmt.“ F. L.

Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Prof. Dr. Ph. Biedert. 5. Auflage. Stuttgart 1905. Verleger Enke. 271 Seiten und 1 farbige Tafel. Preis geh. Mark 6·40, geb. Mark 7·60.

Es gibt in der medizinischen Literatur kaum ein Lehrbuch, daß von so großen Gesichtspunkten, mit einer solch umfassenden Erfahrung und mit so viel Liebe geschrieben ist, wie das Buch des Altmeisters der Kinderheilkunde. In der neuen Auflage ist die große Fülle des Stoffes, die das Buch von jeher auszeichnete, durch die Ergebnisse der neuesten Arbeiten vermehrt, so daß das Werk für den

*) **Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.**

Digitized by Google

Lernenden und den Forscher auch fernerhin eine volle Uebersicht über das Gebiet der Kinderernährung bietet. Der Zuwachs ordnet sich zwanglos in den Text, er wirkt nicht, wie so häufig bei Neuauflagen, als unorganisches Anhängsel. Von dem neu Hinzugekommenen sei als das Wichtigste herausgegriffen: Einrichtung der Säuglingsheime, biologische Eigenschaften der Milch, Statistik über die Stillfähigkeit, Fermentinmilch, Anwendung der Butter-, Pegnin- und Fermentmilch, Siegerts Rahmmischungen, Setters Einteilung der Verdauungskrankheiten nach dem Stuhlcharakter. — Schade, daß der Versuch, die Fülle des Stoffes in eine knappe Form zu bringen, oft zu einer spröden Form der Sprache Anlaß gibt, die bei der Lektüre hemmend wirkt.

Einstein, Stuttgart.

Aerztliches Vademekum. Von Dr. A. Krüche. München 1906. Verlag der „Aerztlichen Rundschau" (Otto Gmelin).

Vfs. Vademekum ist von jeher eines der besten medizinischen Taschenbücher gewesen. Der vorliegende XII. Jahrgang ist dem alten Grundsatz treu geblieben, dem Praktiker ein schnell zu benützender, treuer und verläßlicher Freund zu sein. Eine Reihe von Neuerungen sind ebensoviele Verbesserungen: Sehproben nach Snellen, Ausführungen über die ärztliche Haftpflicht, Gesetz gegen die Verbreitung der Infektionskrankheiten, Neuerungen auf dem Gebiete der Lokalanästhesie etc. Man macht sich kaum einer Übertreibung schuldig, wenn man sagt, daß das Büchlein für den Praktiker unentbehrlich ist. F. L.

Dr. Bierbachs Schreibtisch-Kalender für Aerzte 1906 präsentiert sich in sehr gefälliger Ausstattung und enthält in seinem, 263 Seiten umfassenden „Alphabetischen Stichwortregister- und Bezugsquellen-Nachweiser" eine große Reihe, für jeden Arzt wichtiger Artikel, die man vergeblich in so bequemer Zusammenstellung in irgend einem anderen Kalender sucht. Der Kalender, eine Zierde für jeden Schreibtisch und ein brauchbarer „Zeitsparer", sei der Beachtung der Kollegen bestens empfohlen. Er erscheint im Verlag von J. J. Arnd in Leipzig. F. L.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Die Rassenschönheit des Weibes. Von Dr. C. H. Stratz. Stuttgart 1904. Verlag Ferdinand Enke. 5. Auflage. 400 Seiten. 271 Abbildungen, eine Farbentafel. Preis 14 Mark.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. Berlin 1905. Verlag von Julius Springer. 22. Band. 3. (Schluß-) Heft. Mit 2 Tafeln.

Schwindsucht und Krebs im Lichte vergleichend-statistisch-genealogischer Forschung. Von Dr. A. Riffel. Karlsruhe. Verlag von der Hofbuchhandlung Friedrich Gutsch. Zwei Teile.

Technik der Extensionsverbände. Von Bardenheuer-Grässner. Stuttgart 1905. Verlag von Ferdinand Enke. 2. Auflage.

Lehrbuch der inneren Medizin für Aerzte und Studierende. Von Dr. med. Georg Klemperer, Universitätsprofessor in Berlin. Berlin 1905. Verlag von August Hirschwald. 1. Band. 582 Seiten. 8°. Preis 15 Mark.

Come si evita e si cura la tubercolosi. Von E. de Silvestri. Torino 1906. Verlag Carlo Clausen (Hans Rinck Succ.). 404 pag. 16 T. 18 Ill. Preis Lire 7 50.

Les complications du diabète et leur traitement. Von A. Lèpine. Paris 1906. Verlag J. B. Baillière et fils. 96 Pag. Preis Francs 1·50.

Das Radium und die Radioaktivität. Allgemeine Eigenschaften und ärztliche Anwendungen. Von Paul Besson. Vorwort von A. d'Arsonval. Deutsche Ausgabe von W. v. Rüdiger. Vorwort von A. Exner. Leipzig 1905. Verlag von Johann Ambrosius Barth. 115 Seiten. Preis Mark 3·60.

Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. E. v. Leyden und Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A. Goldscheider. Wien. Verlag Alfred Hölder. 3. Medulla oblongata. 2. umgearbeitete Auflage. 7 Abbildungen.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Praktische Gesichtspunkte aus der Pathologie und Therapie der Prostatahypertrophie.*)

Von Dr. **Viktor Blum**, Assistent an Prof. v. Frisch's urologischer Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik.

Meine Herren! Aufgefordert, einen Vortrag über ein praktisch wichtiges Kapitel der Urologie zu halten, habe ich das angekündigte Thema aus dem Grunde gewählt, weil ich aus der täglichen Erfahrung weiß, wie groß die Bedeutung dieses so häufigen Leidens des Alters für den praktischen Arzt ist, und weil ich anderseits die auch von allen anderen Fachkollegen gemachte Erfahrung teilen muß, daß unsere Kollegen zum großen Teile in der Urologie eine ganz mangelhafte Ausbildung genossen haben. Und das hat seine ganz bestimmten Gründe.

Einmal liegt die Ursache in unserer eigentümlichen Studienordnung, in der das Kapitel Urologie in so stiefmütterlicher Weise behandelt wird, daß viele Studenten die Hochschule verlassen, ohne auch nur mehr als dem Namen nach die wichtigsten urologischen Erkrankungen kennen gelernt zu haben.

Die Urologie war aber auch immer ein Stiefkind der Medizin. Ihre Kenntnis und Ausübung in chirurgischer und venerologischer Beziehung lag von altersher in der Hand von Kurpfuschern und Quacksalbern — ich brauche bloß an die alten „Bruch- und Steinschneider", an die standesunwürdige, reklamehafte „briefliche Behandlung aller Harnkrankheiten" in neuerer Zeit hinzuweisen. Erst in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts unternahm die wissenschaftliche Medizin den Versuch, sich dieses praktisch eminent wichtigen Zweiges der Medizin zu bemächtigen, und heute verfügen wir bereits über eine wissenschaftlich voll ausgebaute klinische Urologie.

Ich möchte mir also heute den Versuch erlauben, Ihnen ein Bild der Prostatahypertrophie, einer der praktisch wichtigsten urologischen Erkrankungen, vorzuführen.

Die Prostatahypertrophie ist in gewisser Beziehung einem anderen pathologischen Zustand zu vergleichen — der Herzhypertrophie. Die Hypertrophie des Herzmuskels ist an und für sich keine Krankheit; sie verläuft meist symptomlos, sie ist die natürliche Folge von an das Herz gestellter übermäßiger Arbeitsbeanspruchung. In der Hypertrophie des Organes liegt aber der Keim zu seiner Degeneration. Im ruhigen Zustand liegt in der Hypertrophie die Kompensation, bei noch mehr gesteigerten Ansprüchen entsteht die Störung der Kompensation, und schwerste Symptome resultieren aus dem Funktionsausfalle. Aehnlich wie beim Herzen ist es mit der Hypertrophie der Prostata. Gewöhnlich macht die einfache Hypertrophie gar keine Störungen; sie bildet nur die Disposition für eine kommende Erkrankung. Sobald irgend ein schädigendes Agens eintritt, kommt es zu Krankheitssymptomen, deren Bedeutung oft unberechenbar ist.

Bevor wir auf die Pathologie der Prostatahypertrophie eingehen, erlaube ich mir, Ihnen ein paar anatomische und physiologische Tatsachen ins Gedächtnis zurückzurufen, die zum Verständnis der Erkrankung unbedingt notwendig sind. (Fig. 1.)

Die Prostata ist eine zweilappige drüsige Bildung, die ringförmig die hintere Harnröhre bis zur Blasenöffnung umgibt. Die näheren Details mögen Sie aus der Abbildung ersehen, die ich Ihnen hier herumreiche. Der in der Regel ganz ge-

*) Nach einem am 13. Dezember 1905 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

ring ausgebildete vordere Anteil, der Lobus anterior, spielt in der Pathologie nur eine untergeordnete Rolle. Die dem Rektum zugewendeten Anteile, die beiden Seitenlappen, präsentieren sich dem im Mastdarm tastenden Finger als ein kartenherzförmiges Gebilde von Kastaniengröße, dessen Spitze analwärts gerichtet ist. Das Organ liegt im Diaphragma urogenitale. Das Gewicht der normalen Drüse, die im 20. bis 25. Lebensjahre ihre perfekte Entwicklung vollendet hat, beträgt 16—20 g.

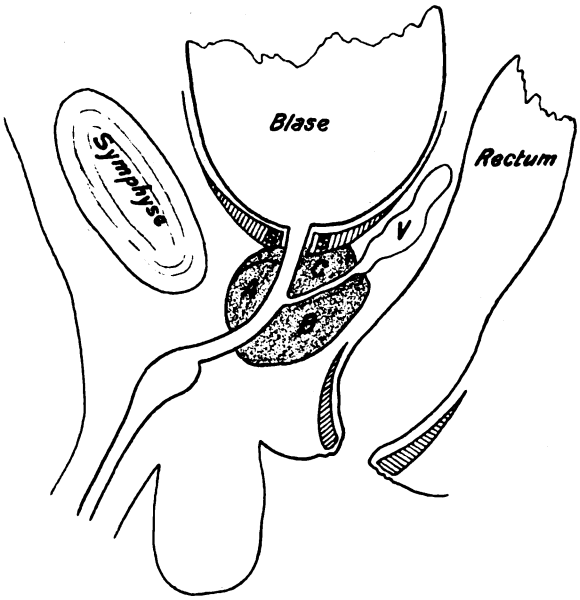


Fig. 1. Schematischer Sagittalschnitt durch das männliche Becken.

A lobus anterior; B lobus lateralis; C lobus medianus; V Vesicula seminalis mit Ductus ejaculatorius; S sphincter vesicae internus.

Ihre Dimensionen sind im Mittel die folgenden:

Dickendurchmesser . .	15 mm
Längendurchmesser . .	34 mm
Breitendurchmesser . .	44 mm

Die Drüse, die sich histologisch aus einem fibromuskulären und einem drüsigen Anteile aufbaut, wird in vertikaler Richtung von der Harnröhre durchbohrt, an deren Aufbau sie innig beteiligt ist. Der muskuläre Anteil des Stromas hat als Verschlußapparat der Blase eine ganz besondere Bedeutung. Die Muskelbündel sind teils als zirkuläre Fasern um das Orificium vesicae internum angeordnet und bilden den Sphincter vesicae internus, teils finden sie sich als zirkuläre Bündel am Ende der Pars membranana urethrae als Sphincter externus vesicae.

Dieses Vorwiegen des muskulären Anteiles der Drüse bedingt ihre physiologische Leistung als Verschlußorgan der Blase. Der drüsige Anteil des Parenchyms ist als Teilorgan des männlichen Geschlechtsapparates aufzufassen. Er besteht aus einer Anzahl von Drüsenacini, die ein ganz charakteristisches Sekret liefern, das einen integrierenden Bestandteil des männlichen Samens darstellt. Die vom Hoden bewegungslos, also befruchtungsunfähig produzierten Samenfäden, erhalten erst durch Beimischung des Prostatasaftes ihre Bewegungsfähigkeit. Das Prostatasekret liefert den charakteristischen Samengeruch.

Eine weitere Theorie über die physiologische Bedeutung der Prostata möchte ich nur in kurzen Worten erwähnen. Es ist dies die Auffassung der Prostata als Drüse mit innerer Sekretion. Ich kann hier die einzelnen Beweggründe für diese Auffassung nicht eingehend erörtern; es genügt vielleicht, auf Ausfallserscheinungen nach Exstirpation der Drüse hinzuweisen.

Die Prostata erhält ihr Blut von der Arteria vesicoprostatica. Die Venen der Prostata, die um die Drüse einen geräumigen Plexus periprostaticus bilden, vereinigen sich mit der Vena dorsalis penis. Auch die Lymphgefäße bilden ein Geflecht um die Prostata herum, und führen die Lymphe in die an den Vasa hypogastrica gelegenen Lymphdrüsen. Die reichliche Innervation der Prostata, die auch durch Vorhandensein eigener Ganglien und Ganglienzellen ausgezeichnet ist, stammt von dem Plexus hypogastricus, der Sympathikusfasern und Fasern vom 3. und 4. Sakralnerven führt.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen wollen wir gleich an unser eigentliches Thema gehen, an die Entwicklung des Bildes der Prostatahypertrophie.

Daß die Erkrankung der Prostata an den natürlich stets bekannten Harnleiden der Greise die Schuld trägt, das ist erstaun-

Digitized by Google

licherweise eine Errungenschaft der Wissenschaft des XVIII. Jahrhunderts. Bis dahin, obwohl das klinische Bild der Harnstörungen im Greisenalter wohl studiert war, hatte man über die Ursachen und Natur der Erkrankung keine Vorstellung. Erst Morgagni (1761) fand in seinen Studien: „De sedibus et causis morborum" in Prostataveränderungen die Ursachen der qualvollen Blasenleiden.

Wir kennen heute die Pathologie und Klinik der senilen Prostataerkrankungen, die so häufig sind, daß man durchschnittlich unter drei älteren Männern sicherlich bei einem Veränderungen an der Vorsteherdrüse nachweisen kann, vollkommen genau. Weniger allerdings wissen wir über die Aetiologie der Krankheit. Unter den zahllosen Theorien, die über die Aetiologie der Prostatahypertrophie aufgestellt wurden, verdienen nur ganz wenige eine ernstere Diskussion. Man beschuldigte sexuelle Exzesse, unbefriedigte geschlechtliche Bedürfnisse, sitzende Lebensweise, Reiten, Syphilis, Gonorrhöe, Alkoholismus als Ursachen der Erkrankung. Kein einziges dieser Momente erwies sich für die Hypertrophie als ätiologisches Moment als stichhältig. In der Manifestation von Symptomen spielen wohl all diese Momente, die im Grunde eine Irritation und Kongestionierung der Sexualorgane bedeuten, eine gewisse Rolle.

Die französische Schule (Guyon, Launois) sah die Ursache der senilen Hypertrophie der Vorsteherdrüse in atheromatösen Veränderungen der Gefäße der Prostata, eine Theorie, die durch anatomische Untersuchungen von hypertrophischen Prostaten von Casper, Motz u. a. als unhaltbar gestürzt wurde.

Eine andere Theorie, die für einzelne Fälle vielleicht Geltung haben mag, ist die entzündliche Theorie. Ciechanowski hielt die Ursache der Hypertrophie auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen in entzündlichen Veränderungen innerhalb der Harnröhre und Prostata. Doch auch diese Theorie fällt durch die sichere Tatsache, daß in unzähligen Fällen von Hypertrophie niemals Gonorrhöe oder andere Entzündungen des Harnapparats bestanden haben.

Die größte Beachtung verdient die neoplasmatische Theorie, die in der Neigung der Prostata zu Adenom-, Myom- und Fibrombildungen die Ursache der Krankheit sieht.

In dieser Beziehung, wie noch in vielen anderen Punkten besteht eine große Aehnlichkeit zwischen der Prostata und der Schilddrüse. Vergrößerungen des letztgenannten Organs — Strumen verschiedenster histologischer Natur — werden doch überaus häufig beobachtet, und doch ist auch für diese Krankheit eine einheitliche ätiologische Ursache noch nicht gefunden worden.

Eine Tatsache allerdings spielt in ätiologischer Beziehung eine wichtige Rolle, d. i. die Disposition eines gewissen Lebensalters zur Hypertrophie. Die weitaus größte Mehrzahl der Kranken steht im Alter von 55—70 Jahren. Wird eine wahre Hypertrophie vor diesem Lebensalter angetroffen, dann sind sie Ausnahmen, wie sie im Alter von 35 bis 55 Jahren nur sehr selten vorgefunden werden.

Was nun die Häufigkeit der Erkrankung anlangt, so gehen die Meinungen der verschiedenen Autoren über diesen Punkt etwas auseinander. Im Durchschnitt kann man annehmen, daß etwa 35% aller Männer über 55 Jahre an dieser Krankheit leiden, wenn auch nicht in allen Fällen schwerere Symptome ausgebildet sind.

In pathologisch-anatomischer Beziehung unterscheiden wir gemeiniglich drei Formen der Hypertrophie: 1. die allgemeine, gleichmäßige Hypertrophie, 2. die ungleichmäßige Hypertrophie der Seitenlappen und 3. die Hypertrophie des Mittellappens.

In histologischer Beziehung unterscheiden wir nach Casper:

1. eine myomatöse zirkumskripte,
2. eine diffuse myomatöse und
3. eine adenoide Form der Hypertrophie.

Mit anderen Worten, die Hypertrophie kann den muskulären Anteil der Drüse

Digitized by Google

vorwiegend betreffen, oder den glandulären. Natürlich sind Uebergänge und Mischformen recht häufig.

Die Veränderungen, die die Drüse erleidet, betreffen ihre Größe und ihre Konfiguration. Die normalerweise kastaniengroße Prostata hypertrophiert in exzessiven Fällen bis zu Mannsfaustgröße und darüber; während sie in normalen Fällen etwa 20 g wiegt, kommen hypertrophische Prostaten vom Gewichte von $^1/_4$ kg und mehr nicht allzu selten zur Beobachtung.

Bei der allgemeinen gleichmäßigen Hypertrophie kommt es zu einer Volumzunahme der Drüse in toto; die Seitenlappen wachsen und der Lobus medius, von dem wir schon früher gesprochen haben, wuchert als freie Bildung gegen das Blaseninnere. Dieser Mittellappen spielt in der Pathologie der Hypertrophie eine hervorragende Rolle. Auch von den Seitenlappen können hypertrophische Partien frei ins Blasenkavum hineinragen, doch die von der Pars mediana ausgehenden Wucherungen, die am unteren Rande des Orificium internum gegen das Blaseninnere zu wuchern und in der Regel wie ein Ventil sich über die Blasenöffnung legen, sind für die Störungen in der Harnentleerung am meisten verantwortlich.

Durch die Größenzunahme der Prostata erleiden die Harnröhre und die Blase ganz charakteristische Veränderungen, von denen wir hier ein paar Worte zu sagen haben.

Was die Harnröhre betrifft, so ist vor allem eine Verlängerung des prostatischen Anteiles derselben zu konstatieren. Sie dokumentiert sich in der Notwendigkeit, den Katheter viel tiefer einführen zu müssen, um das Orificium internum vesicae zu erreichen, als in Fällen von normaler Prostata.

Die Urethra prostatica mißt in normalen Fällen 2—3 cm, bei der Hypertrophie kommt es zu einer Verlängerung bis zu 10 cm.

Das Lumen der Urethra prostatica erleidet naturgemäß durch die Kompression von Seite der beiden hypertrophischen Seitenlappen entsprechende Veränderungen. Gewöhnlich lagert sich der eine Seitenlappen derart innig in den der anderen Seite ein, daß eine S-förmige Verziehung des Weges resultiert; ein Umstand, der eine beträchtliche Erschwerung des Katheterismus mit starren Instrumenten bedingt.

Bei Hypertrophie des Lobus anterior wird die Urethra prostatica von der Lymphyse abgedrängt und es entsteht eine rechtwinkelige oder spitzwinkelige Abknickung der Urethra (s. Fig. 2 e). Solche Fälle bieten dem Katheterismus ganz besondere Schwierigkeiten.

Das Orificium internum zeigt bei der Hypertrophie der Prostata Veränderungen, deren Kenntnis von besonderer Wichtigkeit ist, da diese Veränderungen einerseits zur Deutung der klinischen Befunde, namentlich der Miktionsstörungen von Bedeutung ist, anderseits das Verhalten des Orifiziums für die Ausführung des Katheterismus ausschlaggebend ist. Bei der allgemein gleichmäßigen Hypertrophie kommen wallartige Prominenzen gegen das Blaseninnere vor, die der Form nach einer Portio vaginalis uteri ähneln. Die Ausbildung von Mittellappen, die in ihrer Größe von Erbsen- bis Apfelgröße variieren, wurde schon früher angedeutet.

Auf die Konfiguration der Blase wirkt der Mittellappen in dem Sinne, daß sich unterhalb und hinter diesem Lappen ein toter Raum, der Recessus retroprostaticus, im Fundus der Blase ausbildet, dessen stets stagnierender Inhalt zu Zersetzungen, Infektionen, Konkrementbildungen Anlaß gibt.

Der Verschlußapparat der Blase (Fig. 2) leidet bei der Hypertrophie dadurch, daß die Prostata, die früher ein intravesikales Organ war, nunmehr sich zwischen der Schleimhaut und den Muskelbündeln vordrängt; und nun wird das Orificium internum nicht mehr von einem glatten Muskelring gebildet, sondern von den vorwuchernden Prostataanteilen, ein Umstand, der es bedingt, daß die Urethra prostatica sich trichterförmig gegen die Blase zu öffnet.

Die Muskulatur der Blase zeigt infolge der gesteigerten Arbeit eine

Digitized by Google

Hypertrophie, die sich in der Ausbildung von Trabekeln äußert (s. Fig. 2 b). Durch die Behinderung der Miktion nimmt der intravesikale Druck fortwährend zu und es entstehen Ausstülpungen der Blasenwand zwischen den Trabekeln (Divertikelblasen). Ist die Blase nicht mehr imstande, das Hindernis zu bewältigen, so kommt es zu Erweiterung der Blase, zum Auseinanderweichen der Muskelbündel, zu der noch später zu besprechenden Distension der Blase.

Schema des Blasenverschlusses.

Fig. 2 a. Blasenverschluß bei normaler Prostata

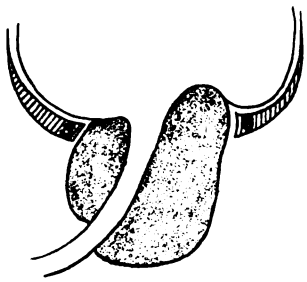


Fig. 2 b. Blasenverschluß bei beginnender Hypertrophie (Auseinanderdrängung der Sphinkterbündel S).

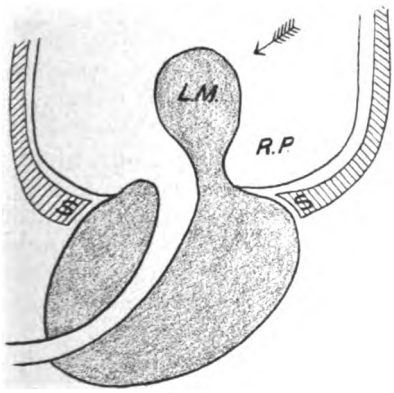


Fig. 2 c. Blasenverschluß bei Mittellappenbildung L. M. mit tiefem Recessus retroprostaticus (R. P.)

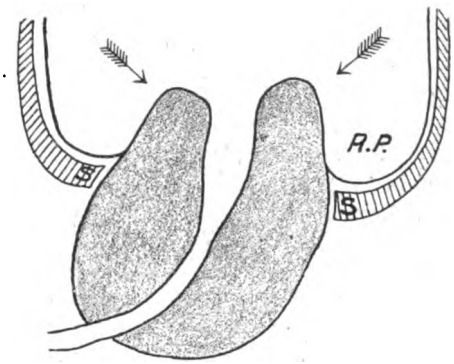


Fig. 2 d. Blasenverschluß bei allgemein gleichmäßiger Hypertrophie mit wulstartiger Prominenz gegen die Blase.

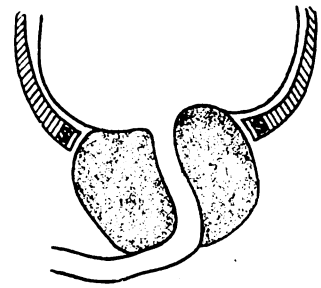


Fig. 2 e. Blasenverschluß bei Hypertrophie der pars anterior prostatae (spitzwinklige Verziehung der Urethra prostatica).

Später gibt auch die Blasenmuskulatur, die den Verschluß der Uretermündungen besorgt, dem Drucke nach und es kommt zu Erweiterungen der Ureteren, der Nierenbecken, Hydronephrosen und im weiteren Gefolge zu einer Druckatrophie der Nieren. In extremen Fällen können dann die Nieren-Ureteren, Blase ein System kommunizierender dünnhäutiger Säcke sein.

Symptomatologie. Es ist nunmehr meine Aufgabe, ein klinisches Bild der Hypertrophie zu entwerfen.

Seit Guyon sind wir gewohnt, im Verlaufe der Hypertrophie drei Stadien zu unterscheiden: Das erste, das prämonitorische Stadium, das zweite, die Epoche der Retention ohne Blasendistension, im dritten Stadium ist die Blase distendiert.

Das erste Stadium, das gewönlich im Anfange dem Patienten völlig unbemerkt

Digitized by Google

und symptomlos verläuft und durch viele Jahre bestehen kann, ist durch zwei Dinge hauptsächlich charakterisiert: durch die gesteigerte Miktionsfrequenz und durch Veränderungen der Art der Miktion.

Das erste, worüber solche Kranke zu klagen haben, ist, daß sie namentlich des Nachts öfters urinieren müssen. Dabei empfinden sie häufig einen eigentümlichen Kitzel in der Spitze der Harnröhre, sie müssen, bevor der Harnstrahl kommt, eine Zeitlang pressend zuwarten. Besonders ist es die zweite Hälfte der Nacht, die durch das häufigere Miktionsbedürfnis wiederholt gestört wird. Aber es handelt sich hier nicht um eine einfache Unterbrechung des Schlafes, die Kranken sind gezwungen, aufzustehen, im Zimmer mehreremale umherzugehen, und erst dann sind sie imstande, ihrem Bedürfnis zu genügen. Und wie kläglich sieht trotz aller Anstrengungen erst der Harnstrahl aus. Vor allem ist die Projektionskraft verloren gegangen. Der Harn wird nicht mehr im Bogen entleert, sondern fällt geradlinig von der äußeren Harnröhrenöffnung ohne jeden Schwung senkrecht herab. Der Kranke „pißt auf seine Schuhe".

Der Harnstrahl hat auch an seinen Dimensionen gelitten; ein dünner, fadenförmiger Strahl, wiederholt unterbrochen, in vielen Fällen nur ein lässiges Herabsinken von einzelnen Tropfen, die unter schmerzhaften Anstrengungen hervorgepreßt werden, bilden die traurige Miktion dieser Greise, selbst hochgradige narbige Strikturen der Harnröhre erfreuen sich einer besseren Miktion, ein selbst fadenförmiger Harnstrahl wird im Bogen entleert. Infolge des heftigen Pressens beim Urinieren bilden sich nicht selten Hernien oder Prolapse des Anus aus.

In jedem Augenblicke kann sich bei unseren Prostatikern eine akute Harnverhaltung entwickeln.

Die Erschwerung der Miktion findet in dem immer mehr anwachsenden Passagehindernis in der Harnröhre ihre Erklärung. Der häufige Harndrang ist hervorgerufen durch eine permanente Blutüberfüllung in der Pars urethraeprostatica. Geradeso wie bei der akuten Entzündung der hinteren Harnröhre ein unaufhörlicher Harndrang besteht, haben auch unsere Prostatiker ein impetuoses Bedürfnis, in kurzen Zwischenräumen ihre Blase zu entleeren. Infolge der trichterförmigen Beschaffenheit der Pars prostatica urethrae tritt der Harn in diesen Abschnitt der Harnröhre ein, und verursacht ein permanentes Gefühl des Harndranges, da jeder Fremdkörper, also auch Urin, der in der hinteren Harnröhre sich vorfindet, Anlaß zu qualvollem Drange gibt. Des Nachts findet nun unter dem Einflusse der horizontalen Lage einerseits, der Bettwärme anderseits ein kongestiver Zustand der Unterleibsorgane statt. Unsere Kranken, die oft jedes sexuelle Bedürfnis seit langem entbehrt haben, werden von quälenden, peinlichen Erektionen geplagt, mit ein Zeichen der kongestiven Hyperämie der Sexualorgane.

Alle Umstände, die diese Hyperämisierung der Prostata begünstigen, sind imstande, die Dysurie zu einer kompletten Harnverhaltung zu steigern. Solche Schädlichkeiten liegen für unsere Kranken in übermäßigem Genusse von Alkohol, in sexueller Ueberreizung, in Erkältungen jeder Art, ja selbst in längerem Hinausschieben der Befriedigung ihres Harnbedürfnisses.

Die Symptome der akuten Harnverhaltung, dieses qualvollsten Zustandes, brauche ich Ihnen wohl nicht eingehend zu schildern; Sie kennen ihn wohl, meine Herren, aus Ihren Erfahrungen aus der Praxis. Die furchtbaren Schmerzen, die Unruhe, die qualvolle Angst, die bis zur Todessehnsucht gesteigerte entsetzliche Gemütsverfassung solcher Kranker muß man nur einmal gesehen haben, um das Bild niemals mehr zu vergessen.

Wird die Harnverhaltung nicht rasch durch den Katheterismus behoben, so gehen die Kranken unfehlbar unter zunehmender Herzschwäche oder unter den Erscheinungen einer akuten Urämie rasch zugrunde, denn es entwickelt sich eine ganz akute Kongestionierung der Nieren, die zu Anurie und Urämie oft verblüffend rasch führen kann.

Die Ursache der akuten Harnverhaltung liegt, wie schon früher erwähnt, in

Digitized by Google

der plötzlichen Hyperämisierung der prostatischen Schleimhaut und der ödematösen Durchtränkung der Drüse selbst, anderseits auch in den ungünstigen mechanischen Verhältnissen bei der Hypertrophie. Die in die Blase zu vorragenden Prostataauswüchse werden mit aller Gewalt des Detrusor zusammen- und gegen die Urethralöffnung gepreßt, und kein Tropfen Urin kann das ventilartig verschlossene Orificium internum passieren (s. Fig. 2 d).

Das zweite Stadium der Hypertrophie charakterisiert sich durch das Auftreten von Residualharn in der Blase, der Retentio urinae incompleta.

Wenn auch die in 24 Stunden entleerte Menge das normale Tagesmaß selbst beträgt, oder noch etwas mehr, so bleibt trotzdem eine gewisse Menge Harnes immer in der Blase zurück. Die Miktionsfrequenz steigt aus den oben angeführten Gründen immer mehr an, namentlich des Nachts wird der Zustand immer kritischer, 10—12mal müssen die Kranken während der Nacht urinieren, doch auch bei Tag besteht der Harndrang in hohem Maße fort, so daß stündlich eine Entleerung stattfinden muß; die Schwierigkeiten, die Verzögerung und Verlängerung der Harnentleerung nimmt immer peinlichere Grade an. Alle Symptome des ersten Stadiums treten bedeutend gesteigert auf, und es gesellt sich nunmehr ein Umstand hinzu, der Ihre größte Aufmerksamkeit verdient, die Störung des Allgemeinbefindens.

Unter dem Einflusse der fortwährend gestörten Nachtruhe kommen die Kranken beträchtlich herab, sie magern ab, bekommen ein schlechtes Aussehen und es beginnen die Zeichen der Harnvergiftung, der Urotoxämie, die im dritten Stadium gewöhnlich am deutlichsten ausgeprägt sind, es wird hievon später noch zu sprechen sein.

Wie erklärt sich nun das Auftreten von Residualharn? Bei den gesteigerten Anstrengungen, die die Blase zur Entleerung des Urins zu bewältigen hat, tritt eine Hypertrophie der Blasenmuskulatur, eine Trabekelblase auf, in dieser Hypertrophie liegt aber auch gleichzeitig die Disposition zur Degeneration; die Blase ist endlich zu schwach, den Urin zu entleeren. Bei der normalen Blasenform vereinigen sich die Muskelbündel zu einem Punkte hin, dem Orificium internum, bei der Hypertrophie zu einem mehr oder minder weiten Ringe, wieder eine ungünstige Beeinflussung der Mechanik. Der Recessus retroprostaticus, die zwischen den Trabekeln gelegenen sekundären Divertikel, das alles sind tote Räume, die durch die Funktion des Detrusor nicht entleert werden können.

Dieses zweite Stadium der Hypertrophie, das sich schleichend und allmählich aus dem ersten entwickelt hat, geht ebenso schleichend in das dritte Stadium über, die Periode der Blasendistension mit Incontinentia urinae.

Die degenerativen Vorgänge in der Blasenwand sind vorgeschritten, das Hindernis für die Harnentleerung angewachsen und nun kann die Blase dem gesteigerten Innendrucke nicht mehr standhalten, sie dehnt sich aus, sie bildet einen schlaffen Sack, der nur durch seine Elastizität seinen Inhalt regiert. Wir finden bei diesen Kranken die Blase bis über den Nabel hinaufreichend als prallen, elastischen Tumor. Klinisch äußert sich dieses Stadium vor allem in der bis ins Ungemessene gesteigerten Harnfrequenz bei Tag und Nacht, und weiters in dem qualvollen Harnträufeln, das anfangs nur des Nachts den Kranken belästigt, später auch bei Tag den Kranken zwingt, fortwährend die Urinflasche zu benützen oder seine Kleider zu durchnässen. Dabei besteht eine ganz kolossale Polyurie. Es ist keine Seltenheit, daß solche Kranke ähnlich wie beim Diabetes insipidus 4—5 l Harnes pro die und darüber produzieren. Der Harn ist klar, äußerst diluiert, das spezifische Gewicht nahe dem des destillierten Wassers.

Dieser jämmerliche Zustand des Harnträufelns, der Ischuria paradoxa, ist durch ein Ueberfließen der ad maximum gefüllten Blase bedingt. Ein weiteres Zeichen, das uns oft die Diagnose prima vista zu stellen erlaubt, ist die Harnvergiftung, die Harnkachexie, die Urotoxämie bei aseptischem Harn, die

Digitized by Google

Urosepsis bei infiziertem Harnapparate. Kennt man diesen Zustand, so liest man die Krankheit dem Patienten vom Gesichte herunter. Ein eigentümlich fahlgelbes Kolorit, tiefe Runzeln und Falten im Gesichte, eine trockene spröde Haut, das Bild ausgesprochener Kachexie, das sich in undefinierbarer Weise von dem Bilde der Karzinomkachexie unterscheidet, charakterisiert das Aussehen dieser Kranken. Und nun finden wir auch immer die gastrointestinalen Zeichen, das charakteristische Fieber, die zerebralen Symptome und endlich auch die lokalen Symptome am uropoetischen System. Das Auffallendste, worüber nun auch die meisten Kranken klagen, ist die Veränderung der Zunge, die „Langue urinaire", die Harnzunge. Eine tiefgefurchte, trockene, rissige, grauschwarz bedeckte Schleimhaut verursacht den Patienten die größte Pein. Sie haben ein beständiges lokales Durstgefühl durch diese Veränderungen der Zunge, ein allgemeines Durstgefühl, hervorgerufen durch die Austrocknung des Organismus infolge der kolossalen Polyurie, die bis zu 5 und 6 l pro die betragen kann. Weitere Zeichen dieser Austrocknung sind das Gefühl von Trockenheit im Schlunde, die Unfähigkeit zu schlucken, die absolute Appetitlosigkeit, die Zeichen des chronischen Magenkatarrhs: Uebelkeit, Erbrechen, die hochgradige Obstipation, die oft durch die drastischesten Mittel nur schwer zu beheben ist. Es besteht ferner eine Neigung zu allerlei Blutungen, eine typische hämorrhagische Diathese, Hautblutungen, ausgedehnte Purpura, Nasenbluten, Hämaturie, Darmblutungen etc. Von zerebralen Symptomen habe ich Ihnen über Kopfschmerzen, Tremor, allgemeine Abgeschlagenheit und, wie ich es zuerst in mehreren Fällen beobachtet habe, über tetanieartige Krämpfe in den Händen und Füßen zu berichten. Dazu kommen noch die lokalen Symptome, die übermäßige Harnfrequenz, die eine komplette Schlaflosigkeit bedingt, das Harnträufeln, die kolossale Polyurie. Da haben Sie, meine Herren, das Bild des Prostatikers der III. Periode, in welcher die Kranken, wenn sie nicht rechtzeitig sachgemäßer Behandlung zugeführt werden, jämmerlich zugrunde gehen. Merkwürdigerweise unterschätzen diese Alten, die sich an die Schwierigkeiten der Harnentleerungen schon gewöhnt haben, ihre Miktionsbeschwerden derart, daß sie sie auch dem Arzte verschweigen, und nur ganz nebenher ihrer Erwähnung tun. Und nun wird der Arzt durch die Magenbeschwerden, die ja täuschend oft das klinische Bild des Magenkrebses imitieren, irregeführt, und monatelang werden die Patienten als magenkrank behandelt, ohne daß man die wahre Natur des Leidens erkennt. Ich habe mich deshalb bei diesem Zustande etwas länger aufgehalten, weil er die Ursache mancher Fehldiagnose und mancher Fehltherapie abgibt — und doch kann man durch zweckentsprechende Behandlung solche Kranke für Jahre hinaus wieder „heilen".

Das klinische Bild, das ich Ihnen bis jetzt hier entworfen habe, handelte von dem aseptischen Prostatiker, den wir ja oft zu sehen bekommen. Aber mindestens ebenso oft kompliziert sich das Bild mit den Symptomen der Harninfektion. In jedem Stadium der Hypertrophie kann spontan oder nach instrumentellen Eingriffen eine Zystitis, eine Pyelitis auftreten. Das Bacterium coli in erster Linie und alle anderen eitererregenden Kokken und Bakterien können die Infektion hervorrufen. Durch einfaches Hinüberwandern der pathogenen Keime aus dem benachbarten Darme in die Blase, die vermöge ihres chronisch stagnierenden Inhaltes einen besonders günstigen Nährboden für die Ansiedlung pathogener Keime abgibt, tritt Infektion, zuerst Bakteriurie, dann Zystitis und oft in foudroyanter Folge Ureteropyelitis und infektiöse Nephritis auf. Auch einfaches Weiterwachsen der Harnröhrenbakterien durch den defekt gewordenen Verschlußapparat der Blase kann zur Infektion führen. Die Infektion mit ihren unberechenbar schweren Folgen kann auch auf dem Wege der Blutbahn bei Allgemeinerkrankungen, Influenza, Angina, Erysipel etc. oder durch Einbringung von Keimen durch irgendeinen Eingriff in die Harnröhre, ja durch den asep-

Digitized by Google

tisch ausgeführten Katheterismus erfolgen, wenn die in der Harnröhre saprophytisch vegetierenden Keime in die Blase durch ein Instrument eingeführt werden.

Und nun ändert sich die ganze Situation! Wir haben es nunmehr mit dem septischen, infizierten Prostatiker zu tun. Es tritt in solchen Fällen gewöhnlich als erstes Symptom der Schmerz bei der Miktion, die Pyurie und als Ausdruck der Allgemeininfektion das Fieber auf. Das charakteristische Harnfieber verläuft ähnlich wie das Malariafieber: Kälte, Schüttelfrost, Hitze (Temperaturen von exzessiven Höhen 41—42°) und Schweiß. Mit einem einmaligen Fieberanfall kann es sein Bewenden haben. Es kann sich aber auch eine hohe Kontinua oder wiederholte Schüttelfröste — eine ausgebildete Septikämie entwickeln. Eitrige pyämische Metastasen in entfernten Organen, Phlebitiden, Endokarditis, Meningitis etc. können rasch dem Zustande ein Ende bereiten.

Die lokale Infektion kann sich in Entzündungen der Prostata (chronische und akute Form — Abszeß), Epididymitis etc. äußern.

Als weitere Komplikationen im Verlaufe der Hypertrophie ist die Hämaturie zu besprechen. Sie kann spontan auftreten und legt in solchen Fällen den Verdacht auf ein malignes Neoplasma nahe, oder provoziert durch irgend einen, wenn auch noch so vorsichtig ausgeführten instrumentellen Eingriff. Bei dem schon eo ipso zu hämorrhagischer Diathese neigenden Kranken können die Blutungen unberechenbare Dimensionen annehmen. Die Hämaturie bei der Hypertrophie pflegt eine initiale oder eine terminale zu sein, d. h. entweder nur zu Beginn oder erst nach Schluß des Miktionsaktes entleeren sich einige Tropfen Blut. Die Blutung, namentlich wenn die Quelle in den vesikalen Anteilen der Drüse sitzt, kann abundant sein; es bilden sich große Koagula in der Blase, die den Katheterismus unmöglich machen und zu einer akuten kompletten Harnverhaltung führen können.

Von der Komplikation der Hypertrophie mit der Steinkrankheit und über die maligne Degeneration kann an dieser Stelle nicht die Rede sein.

Meine Herren, bis jetzt habe ich Ihnen das klinische Bild der Prostatahypertrophie in seiner Vielgestaltigkeit darzustellen versucht, doch bin ich mir genau bewußt, daß diese Darstellung zum Teile lückenhaft ist. Kein einziger Fall gleicht dem anderen, und Sie werden es immer wieder finden, wie wechselnd und kombiniert sich die Symptome der Erkrankung darbieten.

Ebenso ist es auch mit dem Verlaufe der Krankheit. Der typische Fall ist wohl die langsame allmähliche Entwicklung der drei Stadien dieser exquisit chronischen Erkrankung. Doch kommen zahlreiche Fälle vor, die durch viele Jahre, ja zeitlebens im ersten Stadium blieben, die nie zur Retention führen, andere wieder können aus dem zweiten, ja aus dem dritten Stadium noch durch rechtzeitig eingeleitete Kunsthilfe in das erste, resp. das zweite Stadium zurückgeführt werden.

Einen gewissen Typus befolgt nur in der Regel der unbehandelte Prostatiker, der den gesteigerten Miktionsbeschwerden nicht die gebührende Aufmerksamkeit zuwendet, den wir gewöhnlich erst im dritten Stadium zu Gesicht bekommen, in jenem toxämischen Zustande, der leider häufig die Aussichten auf eine Heilung, ja auf Besserung arg herabsetzt.

In jedem Stadium der Hypertrophie kann sich das Krankheitsbild durch das Hinzutreten von Infektion komplizieren, namentlich im zweiten Stadium besteht eine besondere Disposition zur Zystitis, die Infektion im dritten Stadium pflegt der Anfang eines traurigen Ausganges der Krankheit zu sein.

Die Infektion ergreift die Blase und die höheren Partien des Harnapparates, Nierenbecken und Nieren, und führt auf diese Weise zu schweren, oft irreparablen Komplikationen. Die Infektion der Blase, der Prostata, der Nebenhoden etc. bedeutet immer eine Quelle von Schmerzen und Qualen für den Kranken, aber auch von großen Gefahren für den Gesamtorganismus.

Ist die Krankheit in das dritte Stadium

Digitized by Google

eingetreten, so haben wir es unter allen Umständen mit einem Schwerkranken zu tun. Selbst unsere Therapie, die Einleitung des evakuatorischen Katheterismus, birgt eine große Anzahl von Gefahren in sich, deren man sich wohl bewußt sein muß vor der Entscheidung, ob wir in solchem Falle überhaupt noch eingreifen sollen. Bleiben solche Kranke sich selbst überlassen, so schreiten die urotoxämischen, resp. bei vorhandener Infektion die uroseptischen Erscheinungen unaufhaltsam fort, und die Kranken gehen unter dem Bilde der ausgesprochenen Harnkachexie langsam oder durch plötzlich eintretende Urämie rasch zugrunde.

Sie sehen aus diesem Verlaufe, meine Herren, daß die Vorhersage der Prostatahypertrophie wohl immer eine zweifelhafte ist. Die Prognose im ersten und zweiten Stadium ist im allgemeinen eine gute — sie ist eine Frage der Intelligenz des Kranken und eine Frage seiner äußeren Verhältnisse. Ist der Kranke intelligent genug, alle prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen, von denen wir jetzt sprechen wollen, mit peinlicher Genauigkeit durchzuführen, dann ist — von unglücklichen Zufällen abgesehen — die Prognose gut. Allerdings kann den Kranken ein Diätfehler, ein ärztlicher Kunstfehler, die Nachlässigkeit in der Beobachtung seines Zustandes in die kritischeste Situation bringen. Das dritte Stadium der Hypertrophie ist in vielen Fällen prognostisch ungünstig. Wenn wir auch mit all unserem Können und Wissen diesen Kranken zu helfen trachten, besteht doch in der mitunter weit vorgeschrittenen Läsion der Nieren eine immerwährende Gefahr. Einen Anhaltspunkt über die prognostischen Aussichten, die auch für unsere Indikationsstellung von ausschlaggebender Bedeutung sein können, bilden die von mir über Vorschlag meines Chefs, des Herrn R. R. Prof. v. Frisch, ausgeführten Gefrierpunktbestimmungen des Blutes. Ohne dieser interessanten Frage näher treten zu können, will ich Ihnen nur mitteilen, daß wir in Fällen von beträchtlicher Erniedrigung des Gefrierpunktes des Blutes eine Kontraindikation gegen den evakuatorischen Katheterismus sehen, wenn es sich nicht um eine absolute vitale Indikation zur Entleerung der Blase handelt.

Die Diagnose der Hypertrophie ist nach allem Vorhergesagten nicht schwierig; die Berücksichtigung der Anamnese und der klinischen Symptomatologie ermöglicht in den meisten Fällen nicht nur die einfache Diagnose der Hypertrophie, wir können aus diesen Anhaltspunkten auch erschließen, in welchem Stadium der Hypertrophie sich der Kranke befindet, welche pathologisch-anatomische Form der Prostataveränderung vorliegen dürfte, auch für die einzuschlagende Therapie können wir auf diese Weise wertvolle Fingerzeige erhalten.

Unterstützt wird natürlich unsere Diagnose durch eine genaue klinische und spezielle urologische Untersuchung. Die klinische Untersuchung wird den Allgemeinzustand des Kranken, die Digestions- und Zirkulationsorgane und namentlich die Abdominalorgane betreffen müssen. Die Inspektion und Palpation des Abdomens wird uns über das Vorhandensein der über der Symphyse tastbaren ausgedehnten Blase belehren. Drüsen in inguine sprechen für maligne Degeneration der hypertrophierten Drüse. Die rektale Untersuchung wird uns Aufschluß geben über das Vorhandensein von hypertrophischer Vergrößerung der Seitenlappen und ihrer Konfiguration, über entzündlichen Veränderungen in der Drüse. Bei dieser Gelegenheit möchte ich ganz in parenthesi erwähnen, daß es nicht möglich ist, durch rektale Palpation den in der Blase vorspringenden Mittellappen zu tasten. Die bimanuelle Untersuchung (ein Finger im Rektum, die andere Hand über der Symphyse) gestattet bei eindrückbaren Bauchdecken stets die Diagnose, ob ein Blasenrückstand vorhanden ist, und weiters, wie groß ungefähr die Menge des Residualharnes sein dürfte. Die Urethra selbst untersuchen wir am besten zur ersten Orientierung mit der Bougie exploratrice à boule; dieselbe klärt uns über das Lumen der Harnröhre, ihre Länge, ihre Wände und endlich auch über den Grad der Ausdehnung der Blase auf.

Digitized by Google

Haben wir uns auf diese Weise im allgemeinen über die Verhältnisse orientiert, dann unternehmen wir den explorativen Katheterismus, der uns von dem Vorhandensein von Residualurin und seiner Menge, und eventuell von dem Fassungsvermögen der Blase überzeugt.

Zur Untersuchung mit der Steinsonde und mit dem Zystoskop werden wir uns nur entschließen, wenn es sich um die Differentialdiagnose von Hypertrophie und ihren Komplikationen mit Steinbildung, Tumorbildung in der Blase, maligne Degeneration etc. handelt.

Ueber die charakteristischen zystoskopischen Befunde bei der Hypertrophie, Veränderung der Uebergangsfalte, die verschiedenen Manifestationen von Mittellappen und anderen gegen das Blasenkavum vorspringenden Anteile der hypertrophischen Drüse kann ich mich an dieser Stelle nicht näher aussprechen.

Endlich möchte ich noch erwähnen, daß Sie in keinem Falle verabsäumen dürfen, eine genaue chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes vorzunehmen, da Sie nur auf diese Weise auch über den Zustand der Nieren Aufschluß erhalten können.

Nun, meine Herren, zur Therapie! Die Behandlung der Prostatahypertrophie hat gar manche Aufgabe zu lösen. Sie müssen sich um das lokale Leiden der Prostata bemühen, Sie müssen sich mit der Behandlung der Blase, der Nieren, der Hoden etc. befassen, Sie müssen ein Hauptaugenmerk auf das Allgemeinbefinden legen und hier jede Störung mit größter Umsicht und Energie bekämpfen. Eine kausale Therapie ist erklärlicherweise bei unserer Unkenntnis der Ursachen der Hypertrophie unmöglich. Unsere Behandlung muß eine symptomatische sein. Wir haben in erster Linie die Behinderung der Harnentleerung, in zweiter Linie das Fortschreiten des Leidens, die Komplikationen von Seite der anderen Harn- und Sexualorgane und die Störungen des Allgemeinbefindens zu bekämpfen. Und dazu dienen uns eine Reihe von Maßnahmen, die wir in operative und nichtoperative gliedern können.

In der größten Mehrzahl der Fälle werden Sie mit der nichtoperativen Behandlung auskommen, wir wollen uns also gleich mit dieser befassen.

Unsere Maßnahmen in diesem Sinne sind:

1. die hygienisch-diätetische Behandlung;
2. die medikamentöse Behandlung, und zwar die interne und die endourethrale;
3. die mechanische Behandlung mittels Massage und mechanischer Kompression;
4. die elektrische Behandlung;
5. die Katheterbehandlung, und endlich
6. die Röntgen-Behandlung.

Die hygienisch-diätetische Behandlung ist eigentlich gegenüber den Komplikationen und der Weiterentwicklung von Folgezuständen als prophylaktische Therapie anzusehen. Wir müssen dem uns konsultierenden Prostatiker eine Reihe von Vorschriften mitgeben, die ihm seinen Zustand erleichtern und ihn vor bösen Folgen bewahren sollen.

Wie schon früher erwähnt, beruht eine Reihe von Harnstörungen auf Kongestion der Prostata; auch die akute komplette Harnverhaltung findet in den meisten Fällen in der aktiven Hyperämie der Drüse ihre Erklärung. Wir müssen daher unsere Kranken aufklären, welche Schädlichkeiten, die zu einer Kongestion der Beckenorgane führen können, sie zu vermeiden haben.

Als wichtigste Gelegenheitsursache für die obengenannten Störungen gilt die Erkältung in jeder Form. Unsere Kranken sollen gegen Witterungsunbilden gut geschützt sein. Wollene Unterkleider und Strümpfe haben sich in dieser Beziehung am besten bewährt. Die Kranken sollen womöglich ihre Wollstrümpfe auch des Nachts anbehalten, da sie während der Nacht wiederholt gezwungen sind, aus dem Bette zu steigen. Erkältungen der Füße und Durchnässungen sind strengstens zu vermeiden. Bei nassem Wetter soll der Prostatiker womöglich nicht ausgehen. Sitzen im Freien, im Grase, auf kalten Bänken oder Steinen ist unzuträglich. Auch forcierte Körperanstrengungen sind imstande, eine stärkere Kongestion der Abdominalorgane zu erzeugen. Reiten,

Digitized by Google

Radfahren ist zu verbieten. Eine besondere Aufmerksamkeit wenden Sie der Ernährung Ihrer Kranken zu. Es soll die größte Regelmäßigkeit in den Mahlzeiten eingehalten werden. Alle stark gewürzten, sauren Speisen sowie der Alkoholgenuß sind unzuträglich. Empfiehlt es sich mit Rücksicht auf das Allgemeinbefinden, dem Kranken Alkoholika zuzuführen, so empfehlen Sie demselben leichte Weine, die womöglich mit Wasser zu verdünnen sind. Große Flüssigkeitsmengen soll der Prostatiker überhaupt nicht zu sich nehmen, da dadurch natürlich die Miktionsfrequenz gesteigert wird. Die stärker alkalischen und kohlensäurehältigen Mineralwässer, die beinahe allgemein verordnet werden, haben eher einen ungünstigen Einfluß auf das Wohlbefinden.

Der Kranke hat mit peinlicher Genauigkeit seine Darmfunktionen zu überwachen; durch Kompotte und Vegetabilien sorgt er für tägliche, ausgiebige, leichte Entleerung. Bei vorhandener Obstipation soll die Stuhlentleerung durch Wasserklysmen, eventuell durch Darreichung gelinder Abführmittel, wie Rheum, Cascara sagrada, Bitterwasser, erzielt werden. Die drastischen Abführmittel sind durchaus schädlich.

Der Koitus, in entsprechend längeren Pausen regelmäßig ausgeführt, hat in der Regel einen günstigen Einfluß auf die Beschwerden des Kranken.

Der Prostatiker soll seine Harnentleerungen regelmäßig kontrollieren. Er soll den Harn nie zu lange zurückhalten, sondern dem Bedürfnis möglichst bald Rechnung tragen. Aus diesem Grunde soll er bei längeren Mahlzeiten, bei lange dauernden Sitzungen niemals aus schlecht angebrachtem Schamgefühl sein Harnbedürfnis unterdrücken. Vor dem Schlafengehen soll er durch etwas längere Bewegung im Zimmer für eine ausgiebige Blasenentleerung sorgen. Während der Nacht soll er sich zum Zwecke des Urinierens in aufrechte Körperstellung begeben, eventuell mehrmals im Zimmer auf und abgehen, die Entleerung gelingt auf diese Weise müheloser. Zur Anregung der Hauttätigkeit empfehlen sich lauwarme Bäder, eventuell mit Zusatz von Seesalz mit nachträglichem Frottieren der Haut und allgemeine Körpermassage. Auch regelmäßige Bauchmassage kann durch Dekongestionierung der Beckenorgane und Anregung der Zirkulation beschwerdelindernd einwirken.

Ganz kursorisch möchte ich Ihnen über die medikamentöse Therapie berichten, die, wie ich Ihnen im voraus sagen kann, gewöhnlich erfolglos angewendet wird. Das Jod stand seit langer Zeit im Rufe, daß es die Hypertrophie günstig beeinflusse; es wird innerlich als Jodkalium 1—1½ g pro die oder in Form von Suppositorien gegeben. Auch die natürlichen Jodquellen werden den Prostatikern vielfach — wie ich meine, ohne rechten Grund — warm empfohlen. Von innerlichen Mitteln wurde ferner das Ergotin, Salmiak, Konium und verschiedene Quecksilberpräparate den Prostatikern verabreicht. Die Resultate waren keine befriedigend.

Nicht selten jedoch sieht man gute Erfolge bei Badekuren der Prostatiker. Indifferente Thermen, wie Gastein, das vermöge seiner Radioaktivität die Prostata günstig beeinflußt, ferner südliche Seebäder haben sich wiederholt gut bewährt. Beginnende Störungen des Allgemeinbefindens behandelt man mit Erfolg durch eine Karlsbader Kur.

Dieselben Medikamente, die intern verabreicht wurden, wurden auch endourethral mit Hilfe von Katheter und Spritze gegeben. Jod, Jodoform, Ichthyol, Argentum nitricum wurden empfohlen, konnten sich jedoch nicht dauernd als Behandlungsmethoden der Hypertrophie halten. Anhangsweise wären noch die parenchymatösen Injektionen von Jodtinktur, Jodoformäther, Karbollösung, Ergotin mit Hilfe von langen Spritzen zu erwähnen, die sich wegen der großen Gefahren, die sie bergen, nicht eingebürgert haben.

Ebenso rasch kann ich über die mechanische und elektrische Behandlung hinweggehen. Methodische dauernde Kompression durch eigens gebaute Kompressorien haben ebensowenig dauernden Nutzen gestiftet, wie die Massage behandlung, die nur bei gleichzeitig

Digitized by Google

mit der Hypertrophie bestehender chronischer Prostatitis ihre Berechtigung hat. Von gewisser Bedeutung ist eine mechanisch wirkende Behandlungsmethode, die Sondenkur. Wir legen unseren Kranken, namentlich während des ersten und zweiten Stadiums dicke, schwere Metallsonden in die Urethra ein, und erleben es oft, daß die Miktionsbeschwerden und der Harndrang für einige Zeit gemildert werden.

Faradisation und Anwendung des konstanten Stromes, die Elektrolyse und Elektropunktur waren eine Zeitlang in Mode. Die letzteren Methoden wurden als gefährlich, die ersteren als wirkungslos fallen gelassen.

Von der größten Bedeutung unter allen nicht operativen Behandlungsmethoden ist die Katheterbehandlung, von der wir nunmehr ausführlich zu sprechen haben. Der Katheterismus ist in vielen Fällen ein lebensrettender Eingriff, aber nur, wenn er vollkommen lege artis ausgeführt wird, wenn alle Vorsichtsmaßregeln vom Arzte getroffen sind.

Die Indikation zum Katheterismus besteht — im allgemeinen gesprochen — dann, wenn die Blase allein nicht imstande ist, den ganzen Inhalt spontan zu entleeren. Er kommt also in Betracht:

1. bei der akuten kompletten Retention,
2. bei der chronisch inkompletten Retention,
3. bei der Retention mit Distension der Blase,
4. bei Blutungen und Eiterungen der Blase.

Eine der segensreichsten Eingriffe bildet der Katheterismus bei der akuten Harnverhaltung; und es gehört zu den schönsten Gefühlen der Befriedigung, den entsetzlichen qualvollen Zustand der akuten Harnverhaltung durch diesen verhältnismäßig geringfügigen Eingriff, die Einführung des Katheters, wie mit einem Zauberschlage zu beendigen.

Auch hier gilt als Hauptleitmotiv der Grundsatz: Primum nil nocere!

Der Katheterismus erfordert eine große Vorbereitung, die sich auf die Instrumente, den Patienten und den Operateur erstreckt.

Vor allem müssen Sie den richtigen Katheter anwenden. Den ersten Versuch machen Sie stets mit dem weichesten Instrument, dem Nélaton-Katheter aus Kautschuk. Sie nehmen entweder den gewöhnlichen Jaques-Patent- oder den geraden Tiemann-, den gekrümmten Tiemann- oder den Nélaton-Katheter mit Mercier-Krümmung. Ich möchte Ihnen am ehesten empfehlen, den ersten Versuch mit dem gekrümmten Tiemann-Katheter (Kautschuk-Katheter mit olivärer Spitze und Mercier-Krümmung) zu machen. Vermöge seiner Schmiegsamkeit und Elastizität und seiner abgebogenen Spitze überwindet er gewöhnlich selbst die für andere Katheter unüberwindbaren Hindernisse. Reüssieren Sie mit diesem Instrumente nicht, so versuchen Sie der Reihe nach den französischen mit Mercier-Krümmung, den olivären Mercier-Katheter, den Bicoudé-Katheter, den englischen Katheter und endlich als ultimum refugium den Metallkatheter.

Vorerst überzeugen Sie sich von dem unversehrten Zustand Ihrer Instrumente. Sie wissen, daß der Kautschuk bei längerem Liegen spröde und brüchig wird. Die französischen Katheter sind auf die Intaktheit des Lacküberzuges zu prüfen. Und nun gehen Sie an die Sterilisation der Instrumente, denn die Asepsis ist die erste Grundbedingung für einen lege artis ausgeführten Katheterismus.

Sämtliche Instrumente können Sie am sichersten durch Auskochen keimfrei machen, Kautschuk und Metallkatheter eo ipso und auch bei guten französischen Kathetern leidet der Lack auch bei wiederholter Sterilisation im kochenden Wasser nicht. Die sterilisierten Katheter werden in Glastuben, die mit Formalindämpfen erfüllt sind, keimfrei aufbewahrt. Die Gleitmittel, mit welchen Sie die Katheter schlüpfrig machen, müssen gleichfalls verläßlich steril sein. Ausgekochtes Olivenöl oder Glyzerin oder die in Tuben steril verwahrten Gleitmittel, wie das Vegetalin oder die verschiedenen Katheterpasten, kann ich Ihnen wärmstens empfehlen. Daß der Operateur vor jedem Eingriff seine Hände sterilisieren muß

Digitized by Google

durch Waschen mit Seife und Bürste und nachherige Abspülung mit Sublimatlösung, braucht nicht weiters erwähnt zu werden.

Zu dieser subjektiven Asepsis und der Sterilisation der Instrumente kommt noch die Asepsis des Operationsfeldes. Präputium und Glans penis werden abgeseift und mit Sublimat abgespült. Die Urethra selbst soll vor dem Katheterismus mit ein paar Spritzen steriler 3%iger Borlösung durchgespült werden. Besondere Beachtung schenken Sie der richtigen Lagerung des Kranken. Auf möglichst harter Unterlage (keine Federnpolster oder weiche Diwans!) liege der Kranke mit erhöhtem Becken und ausgestreckten Beinen. Bei sehr empfindlichen Kranken ist die Urethra durch Instillation von ein paar Tropfen 3—5%iger Kokainlösung zu anästhesieren.

Nach all diesen vorbereitenden Prozeduren schreiten Sie nun an den Katheterismus selbst. Sorgfältige Vermeidung von Gewalt, langsame Einführung seien Ihre leitenden Grundsätze. Stößt der weiche Katheter auf ein Hindernis, dann gehen Sie zu den halbweichen, und wenn auch diese Instrumente nicht reüssieren, zu den starren Kathetern über. Auf die sonstigen Detailregeln des Katheterismus mit den verschiedenen Instrumenten kann ich hier nicht näher eingehen. Metallinstrumente soll nur der im Katheterismus genau versierte Arzt anwenden, die anderen Instrumente werden bei schonender Anwendung keinen Schaden machen.

In Fällen von schwierigem Katheterismus oder wenn in der Harnröhre falsche Wege durch mißglückte Entrierungsversuche vorliegen, ferner zum Zweck der Behandlung von Blutungen und Eiterungen aus der Blase und Harnröhre empfiehlt sich die Anlegung des Verweilkatheters. Zu diesem Zwecke gibt es eigene Instrumente (Pezzer, Malecot), die durch knopfförmige Auftreibungen am Blasenende spontan in der Blase halten. Jeden anderen Katheter aber kann man auch durch Heftpflasterstreifen oder eigene Befestigungsvorrichtungen in der Harnröhre fixieren.

Ist einmal in Fällen von kompletter Harnverhaltung mit Hilfe des Katheters die Blase erreicht, so muß man sich zuerst die Frage vorlegen, ob man berechtigt ist, die Blase vollkommen zu entleeren. Bei Prostatikern der ersten Periode darf dies ohneweiters geschehen. Handelt es sich aber um eine akute Harnverhaltung bei schon seit langer Zeit bestehender chronischer, inkompletter Retention, dann darf man unter keinen Umständen den ganzen Blaseninhalt entleeren. Würde dies doch geschehen, so käme es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer heftigen Hämaturie, zur Blutung ex vacuo. Die schon durch die Natur der Krankheit bedingte dauernde Hyperämie der Harnorgane wird in Fällen von akuter Retention beträchtlich gesteigert. Würde man nun durch plötzliche Entleerung der Blase den auf den Wänden von Blase, Ureteren und Nierenbecken lastenden Druck mit einem Schlage beheben, so wären multiple Schleimhautblutungen die unmittelbare Folge, die schon in vielen Fällen einen derartigen Grad angenommen haben, daß das Leben der Kranken direkt gefährdet wurde. Man muß sich also in Fällen von akuter Retention, in welchen die anamnestischen Angaben auf das zweite oder dritte Stadium hinweisen, damit begnügen, nur soviel Harn zu entleeren, daß die Schmerzen und der Harndrang beruhigt sind. Dann entfernt man entweder den Katheter in der Erwartung, daß sich spontane Miktion bald einstellen werde, oder daß man im gegenteiligen Falle nach einigen Stunden neuerdings katheterisieren muß, oder aber man befestigt, namentlich bei besonderen Schwierigkeiten des Katheterismus, das Instrument als Verweilkatheter, den man, sobald Drang zum Urinieren eintritt, öffnet, sonst aber mit einem Stöpsel verschließt.

Die Behebung der akuten Retention, die, wie Sie wissen, gewöhnlich durch eine Kongestion der Prostata mit ödematöser Durchtränkung ihres Gewebes hervorgerufen ist, soll man durch verschiedene andere Mittel unterstützen. In einzelnen Fällen hat sich in diesem Sinne die Eintropfung von ein paar Tropfen Adre-

Digitized by Google

nalinlösung bestens bewährt (von Frisch). Durch einen längere Zeit angewendeten Kühlapparat im Rektum kann man zur Depletion der Drüse beitragen.

Sobald ein Prostatiker das erste Stadium verlassen hat, sobald das Stadium der chronischen inkompletten Retention eingetreten ist, dann ist der Katheterismus unser souveränstes Mittel. Bei Residualharnmengen von 100—500 cm³ ist die Katheterentleerung täglich einmal, bei Mengen von 500—1000 cm³ und darüber 2—4mal in 24 Stunden durchzuführen.

Das dritte Stadium der Hypertrophie stellt bezüglich des Katheterismus an die Vorsicht der Aerzte die allergrößten Anforderungen. Es ist natürlich sehr verlockend, eine Blase, deren Scheitel man hoch über dem Nabel tastet, deren Inhalt man mit Recht mit 3—4 l annehmen kann, durch den Katheterismus zu entleeren. Das wäre aber ein grober Kunstfehler. Die unausbleibliche Folge in solchem Falle wäre eine schwere Blutung ex vacuo, die der ohnedies geschwächte Patient kaum überwinden könnte. In diesem Stadium der Hypertrophie, bei distendierter Blase, muß die sogenannte allmähliche Entleerung in Anwendung kommen, d. h. man muß die Harnorgane an den abnehmenden Druck allmählich gewöhnen. Wir entleeren am ersten Tage durch den Katheterismus etwa 250 cm³, am nächsten Tage 350 u. s. w., bis wir endlich zur vollkommenen Entleerung der Blase gelangt sind, was mitunter 8—14 Tage andauern kann. Aber auch dann lassen wir die Blase nicht leer, sondern ersetzen ihren Inhalt durch etwa 200 cm³ sterilen Wassers oder steriler Borlösung.

Meine Herren, Sie können in jedem Falle von Glück sprechen, wenn Sie eine solche Blase ohne ernstere Zwischenfälle, d. h. ohne Blutung und ohne Infektion entleert haben. Sie müssen der Infektion auch durch interne Verabreichung der harndesinfizierenden Mittel (Urotropin, Hetralin etc.) vorbeugen. Sind Sie oder der Kranke selbst gezwungen, die Entleerung täglich durch längere Zeit hindurch vorzunehmen, dann bleibt wohl niemals die Infektion der Blase aus. Wenn auch nur vorübergehend, tritt zeitweise Trübung des Harnes und die anderen Zeichen der Zystitis auf. Diesem Uebel müssen Sie sofort beizukommen trachten. Regelmäßige Spülungen der Blase mit Borlösung (3%) und Argentum nitricum (1‰) sowie die innere Urotropindarreichung werden in leichten Fällen stets zum Ziele führen.

Gelingt es Ihnen nicht, in einem solchen Falle rasch die Zystitis zu bannen, dann greifen Sie zu einem ausgezeichneten Mittel, das Sie bei der Behandlung der Hypertrophie durchaus beherrschen müssen, zum Verweilkatheter. Unsere infizierten Prostatiker leiden die ärgsten Schmerzen, sie fiebern und magern ab, sie schweben aber auch in beständiger Gefahr, denn ihre Blase gleicht — wie sich Guyon ausdrückt — einem Sumpfe, der beständig giftige Gase absondert, die den Organismus vergiften und schwer schädigen. Die einzig rationelle Maßnahme ist hier die Trockenlegung des Sumpfes, das ist für unseren Fall die permanente Drainage der Blase durch den Verweilkatheter. Sonst deckt sich die Behandlung der Infektion mit der Ihnen ja wohlbekannten Zystitisbehandlung. Auch für die Blutungen, die im Verlaufe der Hypertrophie spontan oder nach instrumentellen Eingriffen eintreten, ist das zuverlässigste Mittel der Verweilkatheter. Den Katheter lassen Sie so lange liegen, als Reizerscheinungen von Seite der Blase bestehen; das kann Tage und Wochen und auch mehrere Monate dauern.

Die anderen Komplikationen der Hypertrophie, die Prostatitis, Epididymitis, die Pyelitis und Nephritis behandeln Sie nach den allgemein geltenden Grundsätzen.

An dieser Stelle sei noch eines ganz modernen Verfahrens gedacht, das zu einigen Hoffnungen berechtigt, der Röntgen-Behandlung der Prostatahypertrophie (Moszkowicz, Stegmann.)

Die Erfahrungen dieser Autoren, und meine eigenen auf diesem Gebiete lehren, daß wir eine gewisse Kategorie von Prostatikern durch die Radiotherapie von ihrer kompletten Retention befreien können.

Digitized by Google

Die Röntgen-Wirkung erklärt man sich dadurch, daß das Lezithin, ein regelmäßiger Bestandteil der Prostata, durch die Bestrahlung chemisch wirksam wird, und zu Schrumpfungen im Prostatagewebe Anlaß gibt.

Nun zum Schlusse habe ich Sie noch mit der operativen Behandlung der Hypertrophie in kurzer, übersichtlicher Weise bekanntzumachen.

Wir haben hier palliative und radikale Operationsmethoden zu unterscheiden.

Haben wir in einem Falle von akuter Retention mit keinem Instrumente den Weg in die Blase gefunden, und gebietet der Zustand des Kranken rasche Abhilfe, dann können Sie gezwungen sein, die Blasenentleerung durch den Blasenstich vorzunehmen. Derselbe wird entweder mit dem Kapillartroikar vorgenommen und kann beliebig oft ohne Schaden wiederholt werden. Die Kapillarpunktion kann mit Aspiration des Blaseninhaltes kombiniert werden.

Ist der Blaseninhalt blutig oder eitrig, dann gelingt durch die kapillare Punktion die Entleerung der Blase nicht, dann greifen Sie zum Fleurant'schen Troikar, zur suprapubischen Punktion der Blase mit Belassung einer permanent drainierenden Kanüle.

Haben die Beschwerden bei der Miktion oder die Infektion bei einem Prostatiker unerträglich hohe Grade erreicht, dann befreien Sie den Kranken von seiner Pein durch einen relativ harmlosen Eingriff, den man ohne Narkose ausführen kann, durch die Zystostomie, die permanente suprapubische Blasenfistel. Der Kranke entleert nun kontinuierlich all seinen Harn in einen Rezipienten.

Eine alte Operation, der Cathétérisme forcé, ein durchaus unchirurgisches Verfahren, ist heute wohl allgemein verlassen.

Zu den radikalen Methoden zählen wir die, welche indirekt die Prostata angreifen, und solche, welche direkt an der Prostata ausgeführt werden. Die indirekten Methoden, die sogenannten sexuellen Operationen, gehen alle von dem Gesichtspunkte aus, daß die experimentelle und auch klinische Erfahrung lehrt, daß in Fällen von Atrophie des Hodens auch die Prostata atrophiert. Allerdings ist hiebei die Voraussetzung eine nicht ganz richtige. Es ist wohl wahr, daß die Prostata bei in der Jugend Kastrierten, z. B. Eunuchen, atrophisch, infantil bleibt. Aber in Fällen, wo nach erlangter Geschlechtsreife die Kastration ausgeführt wurde, wurde wahre Prostataatrophie niemals einwandfrei nachgewiesen. Es veröden wohl die Drüsenschläuche, aber eine nennenswerte Volumenabnahme findet nicht statt. Aus diesem Grunde sind die sexuellen Operationen, die beiderseitige Kastration, die Vasektomie, die Durchschneidung des Samenstranges, Einspritzungen ins Hodenparenchym zum Zwecke der Atrophierung der Drüse heute allgemein verlassen. Bloß die Vasektomie, die Durchschneidung des Vas deferens, wird in Fällen, wo rezidivierende Hodenentzündungen den Katheterismus unmöglich machen und in Fällen von Prostatismus mit Erfolg durchgeführt.

Weit größere Bedeutung haben die Operationen, die an der Prostata selbst ausgeführt werden. Die praktisch wichtigsten sind die Bottini'sche galvanokaustische Inzision, die Prostatectomia partialis und totalis.

Die Bottini'sche Operation besteht in der mit einem galvanokaustisch zum Glühen gebrachten Platinmesser durchgeführten Inzision des prostatischen Hindernisses. Die glühende Klinge wird vom Orificium internum durch die prostatische Harnröhre durchgezogen und nach Abstoßung dieses Brandschorfes bleibt der Weg durch die Harnröhre frei. Abgesehen davon, daß etwa ein Drittel der Operationen ohne Erfolg geblieben ist, birgt die Operation eine Reihe von unmittelbaren Gefahren und die Wahrscheinlichkeit der Rezidive.

Die Prostatektomie wird entweder vom Damme aus (die perineale) oder durch die Sectio alta (die suprapubische) ausgeführt. Sie kann sich darauf beschränken, bloß das obstruierende Hindernis für die Harnentleerung zu entfernen, z. B. den Mittellappen oder nur einen Seitenlappen (partielle Prostatektomie) oder die ganze

Digitized by Google

Prostata wird radikal durch Enukleation ihrer Seitenlappen und Exstirpation der Mittellappen entfernt.

Die letztere Operation, die radikale Totalexstirpation, steht heute im Mittelpunkte der Diskussion. In einer Zusammenstellung aus diesem Jahre wurden auf der heurigen Versammlung der Association française d'Urologie etwa 800 Fälle von Prostatektomie kritisch beleuchtet. Etwa die Hälfte fällt auf die suprapubische Methode, deren eifrigster Vertreter Freyer ist, die andere Hälfte auf die perineale Methode nach Gosset, Proust.

Die Durchschnittsmortalität bewegt sich noch in der ansehnlichen Höhe von etwa 12%.

Unser Standpunkt ist in dieser Frage nun der, daß wir als ultimum refugium zur Radikaloperation greifen, in Fällen von kompletter oder inkompletter Retention mit Unmöglichkeit des Katheterismus, in Fällen von schweren, lebensbedrohenden Blutungen, und bei schwer infizierten Prostatikern, deren unbeschreibliche Schmerzen dringend Abhilfe erheischen.

Die Prostatektomie ist eine verhältnismäßig leicht durchführbare Operation, aber wir müssen uns immer vor Augen halten, daß es sich um alte, in den meisten Fällen gebrechliche Menschen handelt, deren Allgemeinzustand nur im äußersten Notfalle einem eingreifenden Operationsverfahren ausgesetzt werden darf.

Im Jahre 1885, meine Herren, beschloß Guyon, unser Altmeister der Urologie, seine Vorlesungen über die Hypertrophie mit folgenden wörtlich zitierten Ausführungen.

„Lassen Sie sich, meine Herren, nicht durch die übertriebenen Versprechungen einer abenteuernden Chirurgie verleiten; halten Sie sich an die leicht durchzuführenden Vorschriften einer hygienisch-diätetischen Behandlung, deren Wert durch uralte Erfahrung erwiesen ist.

Fügen Sie dieser, wenn es nötig ist, die methodische Entleerung der Blase hinzu, die Sie genau nach den vorgeschriebenen Regeln durchzuführen haben, und die ohne ernstere und unmittelbare Gefahren möglich ist. Sie werden dann das Glück haben, einen großen Teil Ihrer Kranken in einen äußerst zufriedenstellenden Gesundheitszustand zurückkehren zu sehen."

Mit diesen Worten, meine Herren, will auch ich heute meine Auseinandersetzungen beschließen, und nur den einen Zusatz machen, daß wohl in den 20 Jahren seit dieser Rede Guyons die Chirurgie der Prostata so große Fortschritte gemacht hat, daß wir heute auch für jene Fälle, welche den oben angedeuteten therapeutischen Maßnahmen hartnäckig trotzen, und die gerade für den armen Patienten die qualvollste Situation bereitet, in der Prostatektomie ein ziemlich sicheres Heilmittel besitzen.

REFERATE.

Innere Medizin.

Digitalis.

1. **Bemerkungen zur Digitalisbehandlung.** Von Fr. Schwyzer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber den therapeutischen Wert des Digalen.** Von Ceconi und Fornaca. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber die Wirkung des Digalens und dessen Wert in der Therapie. Experimentelle und klinische Untersuchungen.** Von Dr. S. Livierato.

Zentralblatt für die gesamte Therapie.

(Aus der med. Universitätsklinik Genua; Prof. Maragliano.) Ref. Fritz Loeb, München.

1. Schwyzer ist mit dem Digitoxinum sol. Cloetta sehr zufrieden. Er erzielte oft damit noch Erfolge in Fällen, in denen das Digitalis als Pulver oder Infus versagt hatte. Es übertraf ferner an Wirksamkeit toxine. Per os wirkt es rascher als Digitalis- alle sonst versuchten Digitaline und Digipulver, subkutan binnen wenigen Stunden,

Digitized by Google

intravenös sofort. Es wirkt nicht kumulierend; in kleinen Dosen weitergegeben, hält sein Erfolg lange vor. Sein Hauptvorteil ist, daß es ohne Schmerz subkutan gegeben werden kann. Seine Einzeldosis beträgt $^1/_3$ mg, entsprechend 0·1 Digitalis; man gibt sie dreimal täglich oder öfter. Bei Gefahr im Verzug hat Vf. auch dreimal täglich $^2/_3$ mg tagelang gegeben. — Vf. weist noch darauf hin, daß man herzschwachen Patienten vor der Narkose prophylaktisch Digitalis geben soll, sei es am Tage vor der Operation dreimal 0·12 g pulv. fol. Dig. oder einige Stunden vor derselben $^2/_3$ mg Digitoxin subkutan oder bei Beginn der Narkose intravenös. Vf. verfuhr so bei einer Reihe von Fällen mit sehr befriedigendem Resultat. — (Med. News, Nov. 1905.)

2. Die Erfahrungen der Turiner Klinik mit dem neuen Präparat sind im allgemeinen günstig, besonders im Vergleich mit dem Digitoxin. Es ist leichter dosierbar, leichter einzuführen, es wird sehr gut, auch vom Magen aus, ertragen; Fälle von Akkumulation sind sehr selten. Die Darreichung erfolgte in je einem Falle intravenös und rektal, sonst stets per os und subkutan. Per os wurden 2 bis 6 cm³ in Verdünnung binnen 12—18 Stunden verbraucht, je nach Schwere des Falles. Dieselben Dosen wurden subkutan gegeben, und zwar in einer oder in zwei Injektionen; gelegentlich wurde auch eine kombinierte Kur angewendet. Die höchsten, für einen Fall verbrauchten Mengen waren 30—36 cm³. — (Gazz. degli osped., 17. August 1905.)

3. Das Digalen äußert nach den Erfahrungen von Livierato eine ausgezeichnete Wirkung auf das Herz und die Zirkulation; unter seinem Einfluß nimmt die absolute Herzdämpfung merklich ab. Von den Herzdurchmessern nimmt am meisten der Querdurchmesser ab, dann der Längsdurchmesser und ihre Verkürzung ist um so mehr ausgesprochen, je deutlicher die Wirkung des Mittels ist. Die einzelnen Phasen der Herztätigkeit werden durch das Digalen merklich beeinflußt. Die Diastole erfährt eine deutliche Verlängerung, während die Systole verstärkt wird, so daß durch die Verlängerung der Diastole die Wiederfüllung des Herzens, durch die Verstärkung der Systole seine Entleerung begünstigt wird. Die Wirkung des Digalens auf den Puls ist eine konstante. Derselbe wird weniger frequent, voller und regelmäßiger. Auch die Atmung wird durch das Digalen beeinflußt, indem die Atmungsfrequenz allmählich abnimmt, bis die Dyspnoe vollständig verschwunden ist. Der Blutdruck steigt rapid. Eine erhebliche und konstante Wirkung äußerte das Digalen auf die Diurese, die Harnmenge stieg von 650, 800 bis auf 3200. Die Herzkrankheiten, bei denen das Digalen am meisten wirkt, sind die Erkrankungen der Mitralis. Die Wirkung ist die gleiche wie bei den Digitalisblättern, doch hat das Digalen vor diesen sowie vor den verschiedenen Digitalinen und Digitoxinen folgende Vorzüge: Es ist genau titriert und genau dosierbar, im Gegensatz zum Digitalisinfus. Das Mittel ist vollständig unlöslich, ein Vorzug gegenüber dem kristallisierten Digitoxin. Die Wirkung des Digalens ist eine rasche. Diese Raschheit der Wirkung findet ihre praktische Anwendung bei Fällen von unvorhergesehener Herzschwäche, wie sie bei akuten Infektionen auftritt. Bei innerer Anwendung verursacht das Digalen keine Verdauungsstörung. Digaleneinspritzungen sind bei Beachtung der antiseptischen Maßnahmen vollständig unschädlich. Toxische Erscheinungen konnte Vf. auch bei langer Anwendung des Mittels in großen Dosen nicht beobachten. Zur Verwendung kamen allgemein subkutane Injektionen. Manche Fälle wurden ausschließlich innerlich behandelt, und in mehreren Fällen wurde zur Ergänzung der Behandlung nach den subkutanen Injektionen das Mittel einige Zeit per os gegeben, zuweilen wurden 4, gewöhnlich aber nur 3 cm³ Digalen täglich subkutan eingespritzt, was einer Dosis von 0·9 mg des löslichen Digitoxins entspricht. Innerlich wurden 4—5 cm³ täglich in Milch gegeben, entsprechend einer Menge von 1·2—1·5 mg des wirksamen Prinzips. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 51 u. 52, 1905.)

Digitized by Google

Magentetanie.

1. **Ein bemerkenswerter Fall von Magentetanie.** Von Hermine Edenhuizen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. **Tetanie als Komplikation der Magenerweiterung.** Von A. Trimble. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Eine hochgradig neurasthenische und psychisch sehr leicht erregbare Frau erkrankt in unmittelbarem Anschluß an eine akute Magenaffektion, wahrscheinlich einfache Gastritis, an Tetanie. Die Anfälle, welche anfangs nur bei Magenspülung auftreten, werden später auch durch psychische Momente hervorgerufen. Die Tetanie geht ihrer Intensität nach dem Magenleiden parallel, verliert sich aber nach der Heilung nicht völlig, sondern nimmt den Charakter der Pseudotetanie an. Es lag aber nicht am Ende von vornherein Pseudotetanie vor; beweisend hiefür ist besonders, daß eine starke Uebererregbarkeit der motorischen Nerven (Erb'sches Phänomen) vorhanden war. Man könnte denken, daß es sich um eine genuine Tetanie, unabhängig von dem an sich geringen Magenleiden gehandelt habe; doch spricht dagegen, daß sich die tetanischen Anfälle direkt an das Erbrechen angeschlossen hatten. — Eine befriedigende Erklärung der Pathogenese des Falles vermag keine der bestehenden Theorien zu geben. — (Arch. f. Verd.-Krankh., Bd. 11, H. 4, 1905.)

2. Trimble gibt die Beschreibung eines Falles von Tetanie, der nichts Bemerkenswertes bietet, als daß sehr rasch zu der Tetanie sich eine Bewußtseinstrübung gesellte, die schließlich zu völligem Koma und Exitus am siebenten Tage führte. Eine Magenspülung wurde nicht vorgenommen. — Ref. möchte gegen die hier vertretene Auffassung, als ob bei Tetanie eine Spülung kontraindiziert sei, Einsprache erheben; man wird durch dieselbe wohl gelegentlich einen Anfall auslösen, dem Patienten aber keinen Schaden, sondern große Erleichterung bringen. — (The Brith. Med. Journ., Mai 1905.)

Magensaftuntersuchung bei Magenkrebs.

1. **Die Bedeutung der Salzsäureverminderung im Magen bei malignen Geschwülsten.** Von B. Moor. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. **Untersuchung des Magensaftes bei Magenkarzinom.** Von Nagayo. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Die Ansicht, daß der Salzsäuremangel bei Magenkarzinom durch die lokale Einwirkung des Karzinoms bedingt sei, mußte man fallen lassen, als man ihn auch bei Karzinomen anderer Organe fand. Man nahm dann eine Hemmung der HCl-Sekretion durch zirkulierende Gifte an; dagegen spricht aber das Wegbleiben der Säure auch nach radikaler Exstirpation des Krebses. Vf. denkt nun daran, daß der Salzsäuremangel durch eine Verminderung der H-Jonen im Blute bedingt sei; es wäre möglich, daß irgend welche Zustände eine Vermehrung der OH-Jonen und damit eine Verminderung der H-Jonen bewirkten, daß diese Verminderung der H-Jonen das Gleichgewicht der Blutelemente, die für das normale Zelleben unerläßlich ist, stört, und daß diese Störung dann das embryonale unbeschränkte Wachstumsvermögen gewisser Zellen hervorruft, das wir als Karzinom kennen. Die Verminderung der H-Jonen würde ihrerseits auch eine Verringerung der HCl-Produktion bedingen, so daß Karzinom und HCl-Mangel koordinierte Folgen einer gemeinsamen Ursache wären. — (Med. News, August 1905.)

2. Nagayo untersuchte 72 Funduskarzinome sowie Karzinome des Magenkörpers und fand nur bei 11 freie Salzsäure im Mageninhalt, dagegen fand er sie bei 61 unter 104 Pyloruskrebsen. Diese Resultate bestätigen die Tatsache, daß die freie Salzsäure bei Fundustumoren häufiger fehlt und bei Tumoren der kleinen Kurvatur und des Pylorus häufiger vorhanden ist. Die Prüfung der Motilität bei Magenkrebsen ergab bei 176 Fällen 139-mal eine Verzögerung und 67mal eine starke Insuffizienz. Milchsäurereaktion wurde in keinem von 105 Fällen vermißt. 12mal war sie schwach. — (Med. Ges. Tokio; Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1905.)

Digitized by Google

Magengeschwür.

1. **Die Ursache des Schmerzes bei Magengeschwür.** Von Mansell-Moullin. Ref. Fritz Loeb, München.
2. **und 3. Die medizinische und chirurgische Behandlung des Magengeschwürs.** Von Beverley Robinson und von Friedenwald. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die Resultate der medizinischen Behandlung des Magengeschwürs im Boston City Hospital.** Von G. G. Lears. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber Magengeschwür bei Kindern.** Von E. G. Gutler. Ref. Rosenbaum, München.
6. **Ueber die Perforation des Magens im Verlaufe latenter oder verkannter Magengeschwüre.** Von A. W. B. Ball. Ref. A. Haas, München.

1. Die Ursache des Schmerzes bei Ulcus ventriculi ist nach Mansell-Moullin in der Mitbeteiligung des Peritoneums am Krankheitsprozeß zu suchen. Die Magenwand an sich ist unempfindlich. Kommt es aber bei der Heilung des Magengeschwürs zu einer partiellen Verlötung der Magenwand mit dem Peritoneum oder zur Bildung narbiger Stränge, so entsteht besonders im Anschluß an die Nahrungsaufnahme durch die peristaltische Bewegung des Magens und die damit verbundene Zerrung an der Verlötungsstelle oder an den adhäsiven Strängen Schmerzempfindung. So erklärt sich auch die Tatsache, daß gerade die beweglichsten Magenteile: untere Kurvatur und Pylorusgegend, meist Sitz der schmerzhaften Ulzera sind. Bei der Entstehung der Schmerzhaftigkeit des Peritoneums spielt auch das Uebergreifen entzündlicher Prozesse von Lymphgefäßen in der Nähe des Geschwürs auf die Peritoneallymphgefäße eine große Rolle. — (Lancet Nr. 4253.)

2. Aus der Arbeit von Robinson ist besonders zu bemerken, daß er vor zu großer Begeisterung für die Gastroenterostomie trotz ihrer vielen guten Erfolge warnt. Es ist immer eine eingreifende Operation, und von den späteren Schicksalen der Operierten weiß man noch zu wenig. — (New-York Medic. Journal, 3. Juni 1905.)

3. Die Arbeit von Friedenwald billigt zunächst für leichteste Ulkusformen neben blander Diät die ambulatorische Behandlung. Dabei verordnet man entweder Höllenstein (0·01—0·02 drei Wochen lang (oder Wismut (kaffeelöffelweise, eventuell auch nach der Fleinerschen Methode) oder Olivenöl ($^1/_2$—1 Stunde vor der Mahlzeit, früh ein Weinglas voll, mittags und abends löffelweise); in sehr gelinden Fällen kann auch eine Süßmandelölemulsion an seine Stelle treten. Das Oel deckt das Ulkus mechanisch, es vermindert die Hyperazidität und ist ein gutes Nährmittel. — Bei Blutungen tritt absolute Bettruhe in ihr Recht mit Morphium und Eisblase; dazu eventuell Ergotin subkutan oder Gelatine (100 cm³ in 2%iger wässeriger Lösung). In jüngster Zeit hat Einhorn subkutane Injektionen einer Spritze Adrenalinum hydrochloricum 1:2000 empfohlen oder die Verabreichung von dreimal täglich 15 Tropfen der Lösung innerlich. Bei großer Schwäche Kochsalzinfusionen; sehr heftige oder häufige Blutungen erfordern chirurgischen Eingriff. — Beim chronischen Ulkus ist weiter sehr wichtig die Bekämpfung der Hyperazidität durch Alkali (eventuell mit Belladonna oder Kodeïn) und der Verstopfung durch Klysmen oder Karlsbader Wasser (oder Oel). — Sehr wichtig ist weiter die Frage, wann ein Ulkus geheilt ist; dies ist wahrscheinlich, wenn Spontanschmerz, Druckschmerz und okkulte Blutungen verschwunden sind. — Chirurgischen Eingriff indizieren: 1. Perforation, 2. lästige perigastrische Adhäsionen, 3. schwere Hämorrhagien, 4. nicht zu beseitigende schwere subjektive Beschwerden, und 5. stets wiederkehrende Ulzera. — (Ibidem.)

4. Von 184 Fällen, über die Lears verfügt, wurden anscheinend geheilt entlassen 42, gebessert 105, ungebessert 9, unbehandelt 1; gestorben sind 27, davon aber 14 an interkurrenten Krankheiten. Von den geheilt bezw. gebessert Entlassenen kamen 15 wieder mit mehr weniger großen Beschwerden, so daß also in 21% aller Fälle von Ulkus sicher die innere Therapie ohne Erfolg war; in Wirklichkeit ist natürlich dieser Prozentsatz ein noch weit höherer. Vf. benutzt die Gele-

Digitized by Google

genheit, eine Anzahl von Statistiken zusammenzustellen, die die mangelhaften Erfolge der inneren Behandlung darlegen. Aus dieser Tatsache und der anderen, daß die chirurgische Behandlung im Zeitalter der Asepsis viel von ihrem Schrecken verloren hat, darf man nun aber nicht folgern, daß das Ulcus ventriculi in die Hand des Chirurgen gehört. Die momentanen Resultate der operativen Behandlung sind gewiß gut; doch bietet dieselbe immer noch gewisse Gefahren (Ulcus jejuni, circulus, vitiosus), anderseits besitzt man zur Zeit noch recht wenig Erfahrung über die Dauerresultate. Bis wir hierüber mehr wissen, erscheint die konservative Behandlung immer noch als das zunächst Indizierte, während der chirurgische Eingriff für die hartnäckigsten Fälle zu reservieren ist. Die chirurgische Behandlung schwerer Blutungen ist ebenfalls von zweifelhaftem Nutzen, indem in einer Reihe von Fällen Blutungen auch nach der Operation, in manchen sogar erstmals nach der Operation sich einstellten. Jedenfalls sollen im Zweifelfall stets Mediziner und Chirurg zusammen den Fall nach allen Richtungen hin erwägen. — (Boston Med. and Surg. Journal Nr. 13, 1905.)

5. Gutler hat 26 Fälle dieser im Kindesalter seltenen Erkrankung aus der Literatur gesammelt, von denen 24 durch die Autopsie bestätigt wurden. Auffallend überwiegend war das weibliche Geschlecht. Unter den Symptomen sind Erbrechen von Blut und blutiger Stuhl (Melaena!), Schmerzen im Epigastrium, Mattigkeit etc. pathognomonisch. Die Behandlung ist die übliche. — (Boston Med. and Surg. Journ.)

6. Zunächst wird von Ball die Symptomatologie der Perforation besprochen und gebührender Nachdruck auf den heftigen Initialschmerz gelegt. Wichtig ist, daß man in der Anamnese von vorausgegangenen Magenbeschwerden hört. Die Intensität des Perforationsschmerzes wird von keiner anderen Affektion erreicht. Dann kommen als diagnostisch bedeutsam die Einziehung des Epigastriums und die reflektorische Muskelspannung in Betracht. Allmählich tritt Meteorismus auf, die Leberdämpfung verschwindet. Letzteres Symptom hält Ball nur im Beginn für bedeutsam, da es nach Ablauf von 24 Stunden nicht mehr sicher auf eine Perforation schließen läßt; denn dann kann das Verschwinden der Leberdämpfung auch durch geblähte Darmschlingen bedingt sein. Erbrechen ist nicht konstant. Meist findet sich Hyperleukozytose, rapides Absinken der Temperatur, kleiner, frequenter Puls etc. Meist erfolgt der Tod, seltener kapselt sich der Prozeß ab und es kommt zur Ausbildung subphrenischer Abszesse. Therapeutisch kommt nur ein chirurgischer Eingriff in Betracht, der leider meist zu spät kommt. — (Thèse de Paris.)

Ueber Magenschleimfluß (Gastromyxorrhöe). Von Prof. Dr. L. Kuttner, Berlin. (Selbstbericht.)

Das Wesen des Magenschleimflusses oder der Gastromyxorrhöe besteht darin, daß die Magenschleimhaut, auch wenn den Magen längere Zeit hindurch kein digestiver Reiz getroffen hat oder gerade wenn er speisefrei ist, Schleim in größerer Menge absondert. Zur Zeit der Verdauung des Magens kann dabei die Schleimproduktion so gering sein, daß man bei der Entnahme des Mageninhaltes nach einem Probefrühstück verhältnismäßig nur geringe Mengen Schleim findet. Der Magenschleimfluß kann in zweierlei Form auftreten: 1. als vorübergehende, 2. als anhaltende Erscheinung — intermittierende resp. chronische Gastromyxorrhöe. Das hervorstechendste Symptom der in Paroxysmen auftretenden intermittierenden Form ist heftiges, unstillbares Erbrechen. Zuweilen besteht ein Zusammenhang der intermittierenden Gastromyxorrhöe mit Erkrankungen der Nase, besonders mit der sogenannten Hydrorrhoea nasalis. Bei weitem häufiger als die intermittierende Gastromyxorrhöe kommt die chronische Form dieser Funktionsanomalie zur Beobachtung. Am häufigsten findet sich die chronische Hypersecretiomucosa bei den chronischen Katarrhen und bei den nervösen Erkrankungen der Magenschleimhaut, die mit Hypo-, respektive mit Achlorhydrie verbunden sind. Therapeutisch ist bei der intermittierenden Gastromyxor-

Digitized by Google

rhöe im Anfalle möglichst gleich nach dem Beginn desselben eine Magenspülung vorzunehmen, bei der Behandlung des Grundleidens steht die Rücksichtnahme auf die gewöhnlich vorhandene Nervosität im Vordergrunde. Für die Behandlung des chronischen Magenschleimflusses ist in erster Reihe die der Funktionsstörung zugrunde liegende Erkrankung maßgebend. — (Berl. klin. Wochenschr., Festnummer, C. A. Ewald zum 60. Geburtstag gewidmet, 1905.)

Ueber die Differentialdiagnose zwischen Exsudat und Transsudat vermittelst der Probe mit verdünntester Essigsäure. Von F. Rivalta. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die bereits im Jahre 1895 veröffentlichte Rivalta'sche Probe besteht bekanntlich darin, daß man in ein Glas 200 cm³ destilliertes Wasser bringt, vier Tropfen Eisessig hinzufügt und nun einen Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit hineinfallen läßt; handelt es sich um ein Exsudat, so sieht man, daß der Tropfen beim Niedersinken einen bläulichweißen Streifen hinter sich läßt, der sich allmählich in mehrere Streifen auflöst. Das so sich bildende Präzipitat hat die Farbe des sich am Ende der Zigarre bildenden Rauches. Bei Transsudaten fehlt dieses Phänomen. Die Reaktion kommt zustande durch das Niederfallen zweier Globuline des Blutes, des Eu- oder Paraglobulins und des Pseudoglobulins. Die Transsudate geben die Reaktion nicht, wegen ihres geringen Gehaltes an Globulinen, und ist die Reaktion wirklich einmal vorhanden, so ist sie nur gerade angedeutet und kann nicht zu Verwechslungen führen. Bei einem Leberzirrhosenaszites kann es vorkommen, daß nach wiederholten Punktionen die Probe positiv wird, umgekehrt wird bei einem Pleura- bezw. Peritonealexsudat die Probe nach mehreren Punktionen negativ; es gesellt sich dabei eben zu einem Transsudat ein Exsudat und umgekehrt. Bei malignen Tumoren kann die Reaktion fehlen oder vorhanden sein, je nachdem es sich um Kompression oder Entzündung handelt; aber auch wenn sie vorhanden ist, ist sie meist schwach. Spuren von Blut rufen in einem Transsudat die Reaktion nicht hervor, selbst nicht so große Mengen, daß sie der Flüssigkeit eine rötliche Farbe verleihen. Nicht die Rivalta'sche Probe geben Gallenblasenhydrops, Amnion- und Hydramnionflüssigkeit, Parovarialzysten, Echinokokkenzysten, Hydronephrosen, normale und pathologische Zerebrospinalflüssigkeit, wahrscheinlich auch Hydrozephalusflüssigkeit und endlich die Hydrokelenflüssigkeit der Erwachsenen; positiv war die Probe dagegen stets bei der Hydrokelenflüssigkeit des Kindes, in den Exsudaten bei inkarzerierten Hernien und besonders bei Eierstockzysten. Eine Anwendung der Probe post mortem hat keinen Wert. — (Il Policlinico, Sez. med., H. 10 u. 11, 1905.)

Klinischer Beitrag zur Behandlung der Peritonealtuberkulose. Von V. di Giuseppe. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die italienische Literatur bringt ständig neue günstige Erfahrungen über die Anwendung der Jodgelatine, und ganz besonders günstig scheint sie bei der Peritonitis tuberculosa zu wirken. Vf. berichtet über vier Fälle, in denen das Mittel verwendet wurde. Im ersten Falle, einem 19jährigen Mädchen mit großem Exsudat und hohem Fieber, war mit der 15. (täglichen) Injektion von 5 cm³ das Fieber verschwunden; nach einem Monat bestand nur noch eine leichte Schwellung des Leibes; nach weiteren zwölf Injektionen war Patientin gesund und ist es heute noch nach einem halben Jahre. — Ein zweites 19jähriges Mädchen, ebenfalls mit großem Exsudat und hektischem Fieber, war nach einem Monat täglicher Injektionen gesund und fieberfrei. — Im dritten Falle handelte es sich um ein achtjähriges Kind mit Lungen- und Peritonealtuberkulose, bei dem das Mittel innerlich verabreicht wurde. Auch hier heilte die Peritonealaffektion in einigen Monaten aus und das Kind erholte sich prächtig, die Lungenaffektion war wenigstens wesentlich gebessert. — Im letzten Falle, einem siebenjährigen Kinde, wurde eine gemischte Behandlung vorgenommen, indem es täglich 25 g Jodgelatine per os und zweimal wöchentlich 2 cm³ subkutan erhielt. Das Exsudat nahm rasch ab und das Fieber

Digitized by Google

verschwand, aber Schweiße und Appetitlosigkeit bestanden weiter. Das Befinden machte aber allmählich Fortschritte, nur das Exsudat wollte nicht ganz verschwinden. Jetzt, nach über 60 Injektionen, kann das Kind als geheilt betrachtet werden.

Ref. ist der Ansicht, daß die Anwendung des Jodgelatine auch in Deutschland versucht werden sollte. — (Gazz. degli osped., 7. Dezember 1905.)

Serumtherapie der Pneumonie. Von E. de Renz und E. Ciamarelli. Ref. M. Kaufmann. Mannheim.

Gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Polyarthritis nach Pneumonie — nebenbei bemerkt, eines sehr seltenen Ereignisses, das unter 2000 Pneumoniefällen nur dreimal beobachtet wird — bespricht de Renzi die Serumtherapie der Pneumonie. Die höchste von ihm angewandte Dosis des Antipneumokokkenserums beträgt zweimal täglich 20 cm^3 subkutan. Die Injektionen bewirken vor allem eine Besserung des Allgemeinbefindens, dann ein Absinken der Temperatur, letzteres oft sehr rasch; weiter tritt unter dem Einfluß der Injektionen häufig an Stelle der Krise eine lytische Entfieberung. Auf Grund einer zehnjährigen Erfahrung ist de Renzi der Ansicht, daß eine komplikationslose Pneumonie, die an den drei ersten Tagen zur serotherapeutischen Behandlung kommt, sicher zur Heilung gelangen wird. — (Gazz. degli osped., 11. Juli 1905.)

Ueber den therapeutischen Wert der Kataphorese. Von Infante und Mazetti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Vf. benützten die Kataphorese, um dem Körper Jod einzuverleiben. Als Elektrode diente eine Zinkplatte von 25 cm^2, auf der eine mit Jodtinktur getränkte Wattekompresse befestigt wurde. Während man erwarten sollte, daß das Jod als Metalloid besser von der Kathode aus wirkt, zeigte es sich von der Anode aus als weit wirksamer; es verhält sich in dieser Beziehung also wie ein Metall. Als unwirksam erwies sich die kataphoretische Jodeinverleibung in vier Fällen von Pithyriasis versicolor, die auch sonst jeder Behandlung getrotzt hatten, und in zwei Fällen von Herpes tonsurans und Alopekie. Dagegen war die Behandlung sehr wirksam bei Orchitiden und Adenitiden. Von ersteren wurden zehn Fälle behandelt, alle auf Gonorrhöe beruhend. Die Applikationen wurden täglich vorgenommen, die Anode auf den Hoden, die Kathode auf den Samenstrang, Stärke 5—10 M-A, Dauer 15 Minuten. In allen Fällen trat nach 5—10 Sitzungen völlige Heilung ein. Bei venerischen Bubonen, die noch fest waren, brachte die Methode in 90% der Fälle Heilung; war schon Fluktuation angedeutet, so genügten zwei bis drei Applikationen zur völligen Herbeiführung der Erweichung. Im ganzen heilten von 38 Fällen 26 ohne chirurgischen Eingriff. Nicht so günstig waren die Resultate bei tuberkulösen Drüsen, von denen allerdings erst drei zur Behandlung kamen. Eine Heilung wurde in keinem Falle erzielt, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Drüsen sehr deutliche Anzeichen der beginnenden Vernarbung, so daß auch in solchen Fällen weitere Versuche anzuraten sind. — (Giorn. Med. d. R. Eserc., Juli 1905.)

Nervenkrankheiten.

Ein Beitrag zur Frage der Kombination organischer Nervenerkrankungen mit Hysterie. Von Fr. Hüttenbach, Heidelberg. Ref. Rosenthal, Wien.

Die Hysterie kann nicht nur Nervenkrankheiten simulieren, sondern sich auch dazugesellen, sie „überlagern". Ein Patient gerät in einen Transmissionsriemen, erleidet dabei eine Luxation des linken Humerus, klagt seither über Schwäche und Schmerzen bald im rechten, bald im linken Arm. Bei der zwei Jahre später vorgenommenen Untersuchung findet sich Atrophie des rechten Deltoideus, starke, gegen die Hand hin abnehmende ärmelförmige Hypästhesie des rechten Armes. Diese schwindet nach suggestiver Therapie mit Ausnahme einer dem N. axillaris entsprechenden hypästhetischen Zone; außerdem litt Patient unter zahlreichen wechselnden allgemeinen nervösen Symptomen,

Digitized by Google

wie Kopfdruck, Stechen, Sausen, Schwindel etc. Es handelte sich hier um eine organische Lähmung des rechten N. axillaris, kombiniert mit traumatischer Hysterie. Ein zweiter Patient zeigte neben einer typischen rezidivierenden Ischias strumpfförmige Hypästhesie des betreffenden Beines, welch letztere auf indifferente Therapie zurückging. Ein dritter Patient litt seit einem Unfall (Heben einer schweren Last mit starker Ueberdehnung der linken Seite, Hämoptoe) an Zittern und Kriebeln der linken Seite, links feinschlägiger Tremor, Propulsion beim Gehen deutlich, Retropulsion angedeutet, leichte Spasmen im linken Bein, Sprache monoton, stockend, Gesichtsausdruck starr. Linke Körperhälfte hypästhetisch. Geruch und Geschmack links herabgesetzt. Auch hier wichen die sensiblen Störungen rasch der Behandlung, während die übrigen Veränderungen bestehen blieben. Diagnose: Paralysis agitans und Hysterie, beide auf traumatischer Basis. Derartige kombinierte Symtomenkomplexe können leicht forensische Bedeutung gewinnen. Der Arzt muß bei der Begutachtung sich klar sein, daß nach Abzug der hysterischen Symptome noch ein fester Bestand, das organische Leiden, zurückbleibt. Er kann ferner durch die frühzeitige Erkenntnis von der Mitbeteiligung der Hysterie die Prognose und Therapie auf eine sicherere Basis stellen. — (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 30, H. 1—2.)

Ueber die psychische und sensible Reaktion der Pupillen. Von Dr. A. H. Hübner, Berlin. Ref. Rosenthal, Wien.

Bei Geisteskranken, speziell bei Imbecillen und an Dementia praecox Leidenden fehlt häufig die Erweiterung der Pupillen auf Schmerz oder psychische Reize. Bei gesunden Personen unter dem 50. Jahre ist sie regelmäßig vorhanden. Bei 29 Fällen von Dementia praecox waren nur in 14% beide Reaktionen vorhanden. Bei allen anderen funktionellen Psychosen blieben sie nie aus.

Bei Imbecillen und Idioten fehlen die Reaktionen viel seltener wie bei Jugendlich-Irren. Das Symptom besitzt differentialdiagnostischen Wert. In zwei Fällen des Autors, die zunächst an Hysterie denken ließen, fehlte schon bei der ersten Untersuchung die Erweiterung auf psychische und sensible Reize. Der weitere Verlauf zeigte, daß es sich beidemale um Hebephrenie handelte. Ein Wiederauftreten der Reaktion ist auch bei Veränderung des Zustandsbildes nicht zu erwarten. — (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 28. Jahrg., Nr. 203.)

Die Kombination der Tabes mit Neuritis. Von Dr. S. Ferenczi, Budapest. Ref. Rosenthal, Wien.

Ein etwa 47jähriger Mann hat seit seinem 35. Jahre lanzinierende Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, vor 12 Jahren trat plötzlich eine Paraplegie beider Beine mit Blasenlähmung dazu, die sich in der nächsten Zeit langsam besserte. Seit 11 Jahren Zustand stationär. Lues wird negiert. Die Pupillen sind miotisch, vollkommen reaktionslos, die Muskeln der Hüftgelenke und die Kniestrecker ungestört, die Kniebeuger paretisch, die Muskulatur der Füße und Zehen fast vollkommen gelähmt, die elektrische Erregbarkeit der Unterschenkelmuskulatur ist erloschen. PSR und ASR fehlen, Hautreflexe lebhaft. Die unteren Extremitäten sind hypalgetisch und hypästhetisch. Es besteht Steppergang. Dieser sowie die superponierte Hypästhesie sprechen für Neuritis, die Miosis, die lanzinierenden Schmerzen, die vorübergehende Blaseninkontinenz für Tabes. Das Fehlen der Knie- und Achillessehnenreflexe kommt bei beiden Krankheitsprozessen vor, es bleibt also zweifelhaft, in welche Gruppe sie einzureihen sind. Die Akuität des Einsetzens der Lähmung, sowie eine vorausgegangene Erkältung sprechen für eine die Tabes zufällig komplizierende rheumatische Neuritis. — (Pester med.-chirurg. Presse Nr. 2, 1906.)

Ein Fall von Chorea und Staphylokokkenmeningitis mit tödlichem Ausgange. Von E. Lesné und Gaudeau. Ref. Rosenthal, Wien.

Ein zehnjähriger Knabe wird mit sehr heftiger generalisierter Chorea ins Spital gebracht. Trotz vollkommener Bettruhe

Digitized by Google

und Milchdiät wurden die Zuckungen immer heftiger, dazu gesellten sich Fieber, Harn und Stuhl gingen unwillkürlich ab. Vom 17. Krankheitstage ab zeigte sich leicht stuporöser Zustand, fünf Tage später Nackensteife und das Kernigsche Symptom. Die Zerebrospinalflüssigkeit erwies sich bei zwei Lumbalpunktionen normal, erst die dritte zeigte trübe, eiweißreiche Flüssigkeit und reichliche, fast ausschließlich polynukleäre Zellen. Die bakteriologische Untersuchung des Liquors ergab eine Staphylokokkenmeningitis, der der Patient bald erlag. Während sonst bei tödlich verlaufender Chorea die Sektion ein negatives Resultat ergibt, wurde hier der Exitus durch eine Meningitis veranlaßt. Die Zeichen zerebrospinaler Kongestion neben Oedem und Verdickung der Meningen, die man bei Autopsie von Chorea nicht selten findet, veranlassen die Autoren zu dem Glauben, daß es sich bei schweren Choreafällen häufig um eine im klinischen Sinne symptomlos verlaufende Meningitis handle, die durch die Lumbalpunktion aufgedeckt werden könne. — (Arch. de Méd. des enfants, Okt. 1905.)

Ueber den plötzlichen Tod bei Tabischen. Von R. Hirschberg, Paris. Ref. Rosenthal, Wien.

Ein 42jähriger Kranker litt seit 20 Jahren an lanzinierenden Schmerzen, über Nacht akut auftretender Paraplegie beider Beine, die sich mit Hinterlassung ausgesprochener Ataxie zurückbildete. Damals fanden sich die klassischen Symptome der Tabes an den Beinen, Hirnnerven und obere Extremitäten frei. Nach einigen Jahren traten äußerst heftige lanzinierende Schmerzen auf, gegen die jede Medikation wirkungslos blieb und wodurch er in einen Zustand so bedenklicher Prostration gelangte, daß man jeden Augenblick sein Ende erwartete. Gegen jede Erwartung erholte sich der Kranke ziemlich rasch, es blieben nur Blässe und starke Abmagerung zurück. Anfallsweise Tachykardie (140—160 Pulsschläge), zugleich während dieser Zeit Exophthalmus, besonders links. Unabhängig von diesen Anfällen eigentümliches Ohnmachtsgefühl, auch in ruhiger Bettlage. Plötzliches Verscheiden in einem dieser Ohnmachtsanfälle. Zeichen von Aortitis oder Koronararteriensklerose fehlten; die Ohnmachtsanfälle, die Tachykardie und der Exophthalmus weisen auf eine bulbäre Ursache des Todes hin, wahrscheinlich eine syphilitische Gefäßerkrankung im Herzzentrum des Bulbus, eine obliterierende Arteriitis, die eine Erweichung zur Folge hatte. — (Neurol. Zentralbl. Nr. 1, 1906.)

Physikalische Therapie.

Ueber die lokale Anwendung von Wärme bei Erkrankungen der Haut und der Geschlechtsorgane. Von Dr. J. Murawsky. Ref. Buxbaum Wien.

Vf. hat durch lokale Anwendung von heißen Kompressen und von umwickelten Kupfer- und Guttapercharöhren, in denen heißes Wasser zirkuliert, teils auch durch lokale heiße Bäder bei Ekzema chronicum, Akne, Comedonen, ferner bei den verschiedenen Formen von Ulcus molle, bei Primäraffekten und tertiär-syphilitischen Geschwüren (in Verbindung mit spezifischer Therapie), dann auch bei subakuten und chronischen Gonorrhöe-Formen, sowie bei Balanitis, Phimosis etc. sehr gute Erfolge erzielt. Als Tonikum bei Neurasthenia sexualis empfiehlt er dagegen Kälteanwendung in Form von Psychrophoren und kalten Sitzbädern. — (Zentralbl. f. phys. u. diät. Ther. Nr. 12, 1904.)

Ueber moussierende Sauerstoffbäder. Von Dr. S. Sarason, Meran. Ref. Buxbaum, Wien.

Die Heilwirkung der natürlichen und künstlichen Kohlensäurebäder beruht auf dem mechanischen Reiz, der an der Haut sich festsetzenden Gasbläschen. Das wesentlichste Moment des therapeutischen Einflusses beruht auf dem Moussieren. Von dieser Tatsache ausgehend, hat Vf. die Sauerstoffbäder statt der Kohlensäurebäder angewendet und hiebei folgenden Weg eingeschlagen: Wasserstoffsuperoxyd wird in Badewasser aufgelöst und zur Ab-

Digitized by Google

spaltung des labilen Uebersauerstoffes katalytisch wirkende Substanzen hinzugetan. Alsbald entsteht innerhalb des ganzen Badewassers auf die Dauer von 20 bis 30 Minuten eine moussierende Entwicklung unzähliger kleiner Sauerstoffbläschen, welche die Haut des Badenden zum Teil wie ein dichter Flor überziehen, zum Teil an der Oberfläche des Wassers in Form sichtbarer Perlen entweichen. Mit diesem Verfahren ist somit ein einfaches billiges Sauerstoffbad geschaffen, das nach gewisser Richtung sogar eine Prävalenz gegenüber den Kohlensäurebädern besitzt, indem nämlich die Sauerstoffbläschen wesentlich kleiner sind als die Kohlensäurebläschen und hiemit die Zahl der Reizpunkte auf einer bestimmten Hautfläche erheblich wächst. Bei Zusatz eines Bikarbonats lassen sich mit diesem Verfahren auch gemischte Sauerstoff-Kohlensäurebäder erzeugen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44, 1904.)

Einwirkung trockener Schwitzbäder auf den Körper. Von W. Miklaszewski. Ref. Buxbaum, Wien.

Die Untersuchungen des Autors führten zu folgenden Resultaten: 1. Der Blutdruck sinkt im trockenen Schwitzbade etwa um 20%, um kurz nach demselben zur Norm zurückzukehren; 2. der Puls wird weicher und um 20—40% beschleunigt; 3. die Temperatur im Munde hebt sich um mehrere Zehntelgrad, in der Achselhöhle um 1°, im Harn um 0·5 bis 1·5°; 4. die Atmungsfrequenz bleibt unverändert; 5. die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt ab (9%), die der weißen nimmt zu (25%), die Menge der Blutfarbstoffe sinkt um 5%, die Menge gesamter fester Bestandteile um 6·5%, Leukozytose tritt nicht ein, insofern sie nicht vor dem Bade vorhanden war; 6. der Durchschnittsverlust an Blut beträgt 1·09%; 7. die Tagesmenge des Urins, auf Stunden berechnet, ist vor dem Bade geringer, das spezifische Gewicht und der Säuregrad des Harns höher als in und nach demselben; 8. nach vereinzelten Bädern nimmt die allgemeine Azidität und der NaCl-Gehalt des Magensaftes ab, nach gehäuften zu; 9. die Muskelkraft nimmt regelmäßig ab; 10. fortgesetzte Behandlung mit trockenen Schwitzbädern ist angezeigt bei Rheumatismus, Nierenleiden und Anämie, kontraindiziert bei Nervenkrankheiten. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 24, 1904.)

Elektromagnetische Ströme als Heilmittel. Von Dr. A. Simon. Ref. Buxbaum, Wien.

Vf. rühmt die Wirkung des Müller'schen und Trüb'schen Apparats bei Schlaflosigkeit, Neuralgien, Schmerzen arthritisch-rheumatischer Natur, hysterischen und neurasthenischen Ursprunges. In welcher Weise diese Ströme beruhigend auf die peripheren Sinnesnerven und Gehirnzentren wirken, bleibt dahingestellt. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 24, 1904.)

Zur Behandlung der chronisch-rheumatischen und der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mittels der Bier'schen Stauungshyperämie. Von Dr. A. Laqueur, Berlin. Ref. Buxbaum, Wien.

Die Bier'sche Stauung erweist sich sowohl beim chronischen Gelenkrheumatismus wie auch bei der Arthritis gonorrhoica als ein sehr schätzenswertes Heilmittel, sowohl für sich allein angewandt, wie in Verbindung mit anderen physikalischen Heilmethoden (Dampfduschen, allgemeinen und lokalen Heißluftbädern, Umschlägen u. s. w.). Es zeigten sich beim chronischen Gelenkrheumatismus die Gelenke der Heilwirkung um so zugänglicher, je weiter distal sie gelegen waren, ohne daß übrigens, wie Bier selbst das bemerkt haben wollte, bei den Gelenken der oberen Extremität der Erfolg schneller und deutlicher zutage getreten wäre als an denen der unteren. Die bessernde resp. heilende Wirkung der Stauungshyperämie tut sich bei der chronisch-rheumatischen Erkrankung der Extremitätengelenke nicht nur im Nachlassen der Schmerzen (oft schon nach der ersten Applikation) und in Besserung der Funktion, soweit deren Störungen durch die Schmerzhaftigkeit bedingt sind, kund, sondern es tritt auch der resorbierende Effekt deutlich und objektiv zutage. Vor Rezidiven schützt allerdings diese Behandlungsweise ebenso wenig wie irgend ein anderes Mittel. Der Arthritis deformans gegenüber war die

Digitized by Google

Methode nur in Bezug auf Schmerzstillung einigermaßen erfolgreich.

Was die relativ nur geringe Zahl der Fälle von Arthritis gonorrhoica anlangt, die in dieser Weise behandelt wurden, so war in der Mehrzahl derselben — darunter in einem recht schweren frischen Falle — das Resultat nicht nur ein deutliches, sondern sogar ein überraschendes.

Versuchsweise wurde die Stauungshyperämie auch bei einigen Fällen von Ischias namentlich da angewandt, wo nach Nachlassen der ersten Symptome eine hartnäckige Schmerzhaftigkeit im Gebiete des N. peroneus zurückgeblieben war. Der Nachlaß der Schmerzen war auch hier die Regel, wenn die Stauung auch gegenüber den anderen üblichen therapeutischen Methoden keine wesentlichen Vorteile zu bieten schien.

Stets wurde bei Anwendung der Stauungshyperämie genau die von Bier angegebene Technik befolgt:

Oberhalb des betreffenden Gelenkes wurde eine mit einer Cambricbinde in einfacher Lage unterpolsterte Gummi- (Aderlaß-)binde in mehrfachen Touren so fest angelegt, daß der distal gelegene Teil sich tiefrot färbte, resp. bei guten Zirkulationsverhältnissen zyanotisch wurde und sich wärmer anfühlte, als die nicht behandelte Seite. Anderseits aber wurde dafür Sorge getragen, daß der Puls in der peripher gelegenen Arterie (A. radialis resp. tibialis postica) noch deutlich fühlbar blieb. Bei Stauung des Knies wurde außerdem das Bein vom Fuß bis unter das Gelenk mit einer Cambric- oder Flanellbinde gewickelt, um die Stauung möglichst auf das affizierte Gelenk zu beschränken. Die Dauer der Stauung stieg sukzessive von 2—4 bis zu 5—12 Stunden. Nach Abnahme der Gummibinde ließ man stets eine in zentripetalen Streichungen bestehende Massage folgen. — (Fortschr. d. Med. Nr. 29, 1904.)

Chirurgie.

Frakturen.

1. **Ueber Pseudarthrosenbildung nach Frakturen in Bezug auf Lokalisation und Aetiologie.** Von Georg Brütting. Ref. A. Haas, München.
2. **Klinische Bemerkungen über die operative Behandlung einfacher Knochenbrüche.** Von W. Arbuthnot Lane. Ref. A. Haas, München.
3. **Ueber eine operativ behandelte Klavikularfraktur.** Von H. N. Taylor. Ref. A. Haas, München.
4. **Zur Therapie der Fractura antebrachii.** Von Prof. Dr. F. Klaußner, München. Ref. A. Haas, München.
5. **Ueber die Behandlung des Schenkelhalsbruches.** Von Dr. Karl Ewald, Wien. Ref. A. Haas, München.
6. **Zur Kenntnis der Fibulafrakturen.** Von Dr. A. v. Khautz jun. (Aus der II. chirug. Abteilung der k. k. Rudolf-Stiftung Prag.) Ref. A. Haas, München.
7. **Die moderne Behandlung des Knöchelbruchs.** Von Dr. H. Mohr, Bielefeld. Ref. A. Haas, München.
8. **Der Einfluß der Nervendurchschneidung auf die Heilung von Knochenbrüchen.** Von N. Biagi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Brütting kommt in seiner Statistik unter Zugrundelegung des Erlanger und Nürnberger Frakturenmaterials zu dem Resultat, daß bei den Pseudarthrosen nach Frakturen der langen Röhrenknochen am meisten der Unterschenkel beteiligt ist, dann folgen Vorderarm, Oberarm und schließlich Oberschenkel. Bisher hatte der Oberarm als am meisten zur Pseudarthrosenbildung disponiert gegolten, nach der vorliegenden Statistik prävalieren die Glieder mit zwei Knochen. Die Gesamtzahl der in Erlangen beobachteten Pseudarthrosen beträgt 27, der in Nürnberg vorgekommenen 18. Aetiologisch kamen allgemeine Momente (Lues, Diabetes, Gravidität etc.) bei dem vorliegenden Materiale nicht in Betracht. Von Wichtigkeit erscheint, daß alle Pseudarthrosen als solche in die Klinik aufgenommen wurden, von klinisch behandelten Frakturen ging keine in Pseudarthrosenbildung aus. Von den lokalen Ursachen für Pseudarthrose waren anzuschuldigen ungünstige Beschaffenheit der Frakturenden, bedeutende Dislokation der Fragmente,

Digitized by Google

Interposition von Weichteilen, komplizierte Fraktur, ungenügende Immobilisation und mangelhafte Verbände, ungeeignetes Verhalten des Patienten durch zu frühen Gebrauch des Gliedes und schließlich Interposition nekrotischer Knochenteile. Therapeutisch soll man sich nicht zu lange mit konservativen Maßnahmen aufhalten, sondern bald zur Radikaloperation, Freilegung und Vereinigung der Bruchenden, übergehen. — (Dissertataon, Erlangen 1905.)

2. Die Bemerkungen des Vfs., der in England ein Vorkämpfer für die Knochennaht bei einfachen Frakturen ist, sind für den Praktiker von Interesse, da er trotz der heutigen Ausbildung der konservativen Behandlungsmethoden in die Lage kommen kann, die blutige Behandlung zu üben. Diese wird für Frakturen mit sehr erschwerter Reposition und Retention, dann für Patella und Olecranon immer ihre Berechtigung behalten. Lane verdankt seine Erfolge einer besonderen Technik, die er sich ausgebildet hat. Bei diesen Operationen muß das Operationsfeld noch peinlicher gereinigt werden als bei sonstigen Eingriffen; mit dem Finger in der Wunde zu arbeiten, ist streng verpönt. Sofort nach der Inzision werden die Wundränder mit Hilfe von Klemmen, die Lane eigens konstruiert hat, mit steriler Gaze bedeckt, so daß sie nicht mit der Wunde in Berührung kommen. Um nicht mit Fingern in der Wunde arbeiten zu müssen, hat Vf. bei diesen Operationen die Ligatur durch Angiothripsie ersetzt, die Reposition wird mit vom Vf. angegebenen Hebelzangen vorgenommen. Zur Retention empfiehlt er am meisten Stahlstifte, Stahlklammern und erst in zweiter Linie Silberdraht. — Bei derart peinlicher Asepsis hält Lane das Vorgehen für gefahrlos, so daß man in entsprechenden Fällen auch bei älteren Leuten den Eingriff wird wagen können. — (The British Medical Journ. Nr. 2342, 1905.)

3. Es handelte sich um einen Soldaten, bei dem Taylor nach zweimonatlicher Behandlung erst mit Sayre'schem Heftpflasterverband, dann mit Mitella eine Konsolidation der gebrochenen Klavikula nicht eintreten sah. Taylor bildete von unten her einen dickeren Haut-Muskellappen und legte so die Klavikel frei. Als Ursache der ausgebliebenen Knochenheilung fand sich eine geringfügige Interposition von Weichteilen. Nach Anfrischung der Bruchenden Naht mit Silberdraht. Nun erfolgte prompt Konsolidation. — Vf. empfiehlt dieses Vorgehen in allen Fällen verzögerter Konsolidation der Klavikularfraktura, da es sehr einfach und gefahrlos ist. — (British Medical Journ. Nr. 2342, 1905.)

4. Im Anschluß an zwei von ihm beobachtete Fälle, in denen nach Anlegung eines zirkulären konstringierenden Gipsverbandes wegen Vorderarmfraktur ischiämische Lähmungen mit nachfolgender Gangrän und Kontraktur aufgetreten waren, warnt Klaußner eindringlich vor der Anwendung des zirkulären Gipsverbandes bei Frakturen im Bereich der oberen Extremität. Er zeigt an der Hand der Literatur, wie häufig die fatalen Folgen dieses Verbandes schon beobachtet wurden. Bei Besprechung der Behandlungsmethoden erkennt er die Vorzüge der Bardenheuer'schen Extension an, hält dieselbe aber für nur in stationärer klinischer Behandlung anwendbar. (Demgegenüber möchte Ref. erwähnen, daß sich die Extensionsbehandlung mittels der von Bardenheuer angegebenen Spiralfederextensionsschienen sehr wohl auch ambulant durchführen läßt. Leider sind die nötigen Schienen noch ziemlich kostspielig.) Für die allgemeine Behandlung der Vorderarmfraktur empfiehlt Klaußner den Fixationsverband, der funktionell wie kosmetisch recht gute Resultate gibt. Man benützt Schienenverbände, die bei rechtwinkeliger Stellung des Vorderarms zum Oberarm und bei völliger Supination des Vorderarms angelegt werden. Die Reposition wird durch Extension und Kontraextension erreicht. Man verwendet Schienen, die die Breite des Vorderarmes um 1—1½ cm überragen; das Material ist gleichgiltig, am einfachsten sind wohl Pappschienen. Wichtig ist nur, daß die Schienen recht breit sind, da jede zirkuläre Einwicklung des Vorderarmes die Bruchenden gegen die Achse des Vorderarmes hineindrängt und so die Richtung des

Digitized by Google

Knochens knickt, eventuell kreuzweise Fragmentvereinigung herbeiführen würde. Der Verband darf in den ersten Tagen nicht zu fest angelegt und muß gut kontrolliert werden; frühzeitig beginne man mit Massage und Bewegungen. In zirka 35—40 Tagen soll die Konsolidation erfolgt sein. — Der von Klaußner empfohlene Verband wird folgendermaßen angelegt: Aus starker Pappe werden zwei entsprechend breite Schienen geschnitten, deren Maße am gesunden Arm genommen werden. Eine volare Schiene reicht von der Hohlhand bis zur Ellenbeuge; der letzteren entsprechend, wird sie konkav ausgeschnitten, ebenso entsprechend dem Daumenballen; die dorsale Schiene reicht von den Mittelgliedern der Finger bis über die Mitte des Oberarms. Dem Ellbogengelenk entsprechend, wird sie beiderseits eingekerbt und dann vorsichtig geknickt. Die Knickungsstelle wird mit Heftpflasterstreifen etwas verstärkt; der obere Teil der Dorsalschiene wird mit den Händen zu einer Halbrinne modelliert. Beide Schienen werden gut gepolstert und unter genügender Extension und Kontraextension mit Mull- und Stärkebinde befestigt. Der Arm kommt dann in eine Mitella. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 15. Dez. 1905.)

5. Die Ursache der Verkürzung bei Schenkelhalsbrüchen ist meist auf eine Dislocatio ad axin zurückzuführen, indem der Winkel von Schenkelhals mit Schenkelschaft oft bis auf 90° reduziert ist. Nach Schenkelhalsfraktur entspricht der wagrechten, der queren Beckenachse parallelen Stellung des Schenkelhalses eine Abduktionsstellung des ganzen Beines. Heilt das Bein nach Schenkelhalsfraktur nicht in Abduktionsstellung, sondern in Parallelstellung an, so muß seine Abduktionsfähigkeit leiden, wie es in der Tat der Fall ist. Die richtige Stellung für die Heilung ist daher einzig die Abduktionsstellung. Diese erreicht man beim Gehverband, wenn man das gesunde Bein durch eine erhöhte Sohle hinaufdrängt, wodurch das Hüftgelenk der kranken Seite abduziert wird. Die Technik der Anlegung des Verbandes ist mit Hilfe des Lorenzschen Hüftredresseurs eine sehr einfache: Anstemmen der Sohle des gesunden Beines bei gestrecktem Knie, starker Zug an dem kranken Bein, bis die betreffende Beckenhälfte herabrückt, Verband bei Fortdauer des Zuges vom Rippenbogen bis zur Mitte des Unterschenkels. Sohlenerhöhung bis 3 cm unter den gesunden Fuß. — Ist Gehverband nicht möglich, dann empfiehlt sich Extension in Abduktionsstellung beider Beine. — (Wien. klin. Rdsch. Nr. 40, 1905.)

6. Khautz hat den in den letzten Jahren wiederholt beschriebenen Typus der supromalleolären Fibularfrakturen mit von hinten oben nach vorne unten verlaufender Bruchlinie in den letzten $1^1/_2$ Jahren 16mal beobachtet. Auch ihm ist die geringe Schmerzhaftigkeit und Funktionsstörung aufgefallen; dies erklärt sich daraus, daß bei diesem Verlauf der Frakturlinie die Bruchenden bei Belastung keine stärkere Dislokation erleiden. — Diagnostisch wichtig ist bei der Geringfügigkeit der übrigen Symptome die in der Regel vorhandene abnorme Beweglichkeit des oberen Bruchstückes in der Sagittalebene; sonst ist die Schwellung meist gering, die Beweglichkeit im Fußgelenk kaum gestört. Nur eine seitliche Röntgen-Aufnahme läßt die Fraktur erkennen. — Der Entstehung nach hält Khautz diese Fraktur für einen Biegungsbruch, wofür neben dem Verlauf der Bruchlinie besonders die Aufsplitterung der hinteren Kortikalis spricht, die das Röntgen-Bild deutlich zeigt. Der Bruch kann sowohl bei Pronation wie bei Supination vorkommen, hat also keinen typischen Mechanismus; bedeutungsvoll ist, daß die Kortikalis der Fibula an der Hinterseite bedeutend schwächer ist als an der Vorderseite, am schwächsten 4—5 Querfinger oberhalb der Malleolarspitze, ebendort, wo gewöhnlich die Bruchlinie beginnt. Da die Fraktur meist nur mit minimaler Dislokation einhergeht, genügt therapeutisch Ruhelagerung und Massage. Fixation ist unnötig. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1905.)

7. Die moderne Behandlung des Knöchelbruches muß, wie Mohr mit Recht hervorhebt, vor allem ein gutes funktionelles Resultat erreichen. Deshalb

Digitized by Google

wird der alte zirkuläre Gipsverband mehr und mehr verlassen und schon frühzeitig durch Massage und Bewegungen dem Auftreten von Atrophien und Versteifungen vorgebeugt. Ganz wird sich ja die Fixation nicht umgehen lassen, und die mobilisierende Methode von Lucas Championnière eignet sich in der allgemeinen Praxis höchstens für Fissuren und Brüche ohne Dislokation. Vf. empfiehlt für die Knöchelbrüche dem Praktiker zwei Methoden, die bei richtiger Anwendung gute Resutate geben. Das erste Verfahren ist ein kombiniertes: Man lege für die ersten 2—3 Wochen einen Gipsschienenverband an, mit Beely'schen Gipshanfschienen oder Braatz'schen Gipszeugschienen, mit Pappschienen, die nach Wolkowitsch mit Gipsbinden umwickelt werden, oder mit einer Gipsrinne, deren Herstellung Lejars trefflich in seiner „Dringlichen Chirurgie" schildert. Diese Schienenverbände gestatten dann tägliche Verbandabnahme und Massage und Mobilisation der Gelenke. Nach 2—3 Wochen wird in richtiger Lage ein leichter Gehgipsverband angelegt; hier kann man mit Vorteil Drahtgipsbinden benützen. Nach Erhärten des Verbandes wird daran mit 1—2 Gipsbinden ein Gehbügel aus Eisenblech befestigt. Nach fünf Wochen können dann die Kranken mit einer Plattfußeinlage aus der eigentlichen Behandlung entlassen werden. Als Notbehelf kann man den Gehverband auch schon von Anfang der Behandlung an verwenden, muß aber nach Abschwellung des Gliedes, also etwa nach 14 Tagen, einen neuen Verband anlegen.

Das zweite Verfahren ist die Extensionsbehandlung nach Bardenheuer. Mohr hält die Behandlung mit dieser Methode bei schwereren Bruchformen als für den Praktiker zu kompliziert. Jedenfalls muß sich der Arzt, der die Bardenheuer'sche Extension benützt, auf die Methode einarbeiten und einen Röntgen-Apparat zu steter Kontrolle besitzen. Bei leicht reponiblen und in Reposition bleibenden Frakturen empfiehlt Mohr die Extension auch dem Praktiker: Anlegung der gewöhnlichen Längsstrecke, Belastung mit 10 kg; zweiter Zug deckenwärts am Fuße zur Entlastung der Ferse und Erhaltung in rechtwinkeliger Stellung; dritter Zug beim gewöhnlichen Knöchelbruch nach außen, direkt oberhalb der Bruchstelle unterstützt die Adduktion, die man durch Verstellung der Schnalle am Ende der Längsstrecke leicht verstärken oder vermindern kann. Vom fünften Tag an zweimal täglich aktive und passive Bewegungen. Extensionsdauer etwa 14 Tage; vor Ablauf von fünf Wochen wird der Fuß jedoch nicht belastet. — Die Resultate der Extension sind allen übrigen überlegen. — (Aerztl. Praxis Nr. 13, 1905.)

8. Daß Intaktheit der betreffenden Nerven eine Vorbedingung für eine gute Frakturheilung ist, wird, wenn auch von den meisten, so doch noch nicht allgemein anerkannt. So hatte man auch einer früheren Arbeit von Biagi, die in diesem Sinne sprach, den Vorwurf gemacht, daß die Immobilisation der gebrochenen Glieder keine völlig einwandfreie gewesen sei. In einer neuen Versuchsserie suchte er diesem Einwand zu begegnen, indem er einerseits als Versuchstiere Haselmäuse während ihres Winterschlafes benützte, also zu einer Zeit, wo Störungen durch willkürliche Bewegungen nicht zu besorgen waren, anderseits, indem er bei dem gleichen Tiere zwei Glieder brach und nur an dem einen die Nerven durchschnitt, so daß er also an demselben Individuum Versuch und Kontrollversuch hatte. Die Resultate, die er an sechs Versuchstieren erhielt, stimmten im wesentlichen überein. Bei intakten Nerven kam es stets zur Konsolidation und Herstellung der Knochenkontinuität; der Kallus war bald mehr, bald weniger entwickelt, was offenbar mit individuellen Eigenschaften zusammenhängt. An den neurektomierten Gliedern sind die Befunde nicht konstant, indem es bald nur zu einer bindegewebigen Vereinigung kam, bald im Bindegewebe sich Knochengewebe fand, bald auch wirklich eine knöcherne Vereinigung, wenn auch keine vollständige, zustande kam. Andere durchgreifende Gründe, die den Unterschied gegenüber den Kontrollgliedern erklären könnten, sind nicht zu finden, und es ist notwendig der Schluß zu ziehen, daß

Digitized by Google

die Intaktheit des Nervensystems den größten Wert für die Frakturheilung hat. — (Il Policlinico, Lez. chir. Nr. 8, 1905.)

Die Behandlung der Skoliose. Von Prof. Dr. O. Vulpius, Heidelberg. (Autorreferat.)

In Form eines klinischen Vortrages gibt V. einen Ueberblick über die für die Skoliosentherapie wichtigsten Gesichtspunkte und Maßnahmen. Zunächst wird die Prophylaxe in Schule und Haus, dann die Behandlung in der Familie und in der orthopädischen Anstalt besprochen. Auf Gymnastik wird besonderer Wert gelegt, und zwar auf solche mit den einfachsten Hilfsmitteln. Ihre exakte Durchführung ist unter den Augen des Orthopäden am meisten gesichert, deshalb Frühbehandlung in einer Anstalt! Das Stützkorsett ist trotz unbestrittener Nachteile nicht zu entbehren. Korrigierende Gipsverbände sind mit Vorsicht zu erproben. Ueber die Erfolge einer konsequenten Behandlung wird folgendes gesagt: Heilung einer alten, fixierten Skoliose dritten Grades ist unmöglich, wenngleich bisweilen die Mobilisation wider Erwarten ausgiebig gelingt. Dieses Resultat ist nicht zu unterschätzen, es verhütet das Fortschreiten des Uebels, beseitigt mit großer Sicherheit die Schmerzen, ermöglicht eine Verbesserung der äußeren Erscheinung. Je geringgradiger die knöcherne Deformität, desto erfreulicher gestaltet sich unser Erfolg, da die Skoliose im Beginn des zweiten Stadiums sich bereits zur völligen Wiederherstellung steigern kann. Und für die einfache Schiefhaltung ist dieser Erfolg der selbstverständliche. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50, 1905.)

Behandlung tuberkulöser Drüsenabszesse durch Karbolsäureinjektionen. Von Paul Henri Laurent. Ref. A. Haas, München.

Laurent empfiehlt nach dem Vorgange seines Lehrers Marion tuberkulöse Drüsenabszesse zu punktieren und in die Abszeßhöhle 1 cm³ 5%ige Karbolsäure einzuspritzen; wichtig ist es, zur Vermeidung von Fistelbildung, durch gesunde Haut hindurch zu punktieren. Nach etwa fünfmaliger Wiederholung der Prozedur, in Pausen von etwa 4 Tagen, sind die Abszesse gewöhnlich geheilt. Die Methode bedingt keinerlei entzündliche oder schmerzhafte Reaktion. Die überraschend günstige Wirkung erklärt Vf. durch Entstehen einer stark bakteriziden Verbindung der Karbolsäure mit dem Gewebseiweiß. — (Thèse de Paris, 1905.)

Ueber die Bedeutung der Bier'schen Stauungsbehandlung akuter Entzündungen für die chirurgische Poliklinik und den praktischen Arzt. Von Dr. Danielsen. Ref. Lewisohn, Heidelberg.

Vf. hat bei 105 Fällen in der Küttner'schen Poliklinik zu Marburg bei Panaritien, Phlegmonen, Lymphangitiden, Furunkeln, Karbunkeln etc. die Bier'sche Stauung angewandt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: Die schmerzhaften Inzisionen und Tamponaden fallen fort. Die schweren Bewegungsstörungen bei Gelenk- und Sehnenscheidenaffektionen werden vermieden. Die Behandlungsdauer wird verkürzt. Durch Unterlassung der großen Inzisionen fallen die häßlichen Narbenbildungen fort. Vorbedingung für den Erfolg ist ein genaues Befolgen der Technik und sorgfältige Kontrolle der Stauung. Kann diese nicht ausgeführt werden, so sehe man von Anwendung der Stauung ab. Vf. steht nicht an, die neue Bier'sche Behandlungsmethode als die größte therapeutische Errungenschaft zu bezeichnen, welche die neueste Zeit der Chirurgie gebracht. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 48, 1905.)

Laryngologie und Rhinologie.

Die Zerstückelung (Morcellement) der hypertrophischen Gaumentonsille. Von Dr. Eugen Felix. Ref. Weil, Wien.

Vf. empfiehlt neuerdings das Morcellement mit der von Ruault angegebenen Lochzange bei Tonsillarhypertrophie der Erwachsenen. Die Operation ist in drei bis vier Griffen vollendet; Schmerz und Blutung fehlen fast vollständig, erhebliche Nachblutungen kommen nur ausnahmsweise vor. Verwachsungen der Gaumenbögen mit der Tonsille müssen vorher gelöst werden; der erste Griff mit

Digitized by Google

der Zange wird erleichtert, wenn der Operateur oder sein Gehilfe den Daumen stark unter den Winkel des Unterkiefers drückt, so daß die Mandel nach innen vorspringt. Es wurden noch verschiedene andere Zangen angegeben, die alle scharfschneidend sind, was Vf. mit Bezug auf die Blutung für nachteilig hält. Er operiert nicht beide Tonsillen auf einmal, sondern in einem Intervall von 1—3 Tagen. Die Patienten brauchen das Zimmer nicht zu hüten und können einen Tag später ihrer Beschäftigung nachgehen. Das Morcellement eignet sich hauptsächlich für Erwachsene; bei Kindern unter 10 Jahren hat es Vf. nie ausgeführt, weil diese ein mehrmaliges Eingehen in die Mundhöhle nicht gestatten, also wiederholte Gewaltanwendung oder Narkose nötig wäre. — (Monatsh. f. Ohrenh. Nr. 10, 1905.)

Ueber Tonsillar-Tuberkulose, ein weiterer Beitrag zur Behandlung mit Neutuberculin. Von Dr. O. Reunert. Ref. Weil, Wien.

Schon vor Jahren ist nachgewiesen worden, daß die früher angenommene Immunität der Tonsillen gegen Tuberkulose nicht besteht. Die Diagnose der Tonsillartuberkulose ist eben besonders schwierig und häufig nur auf Grund mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchung zu stellen. Vf. berichtet über eine 28jährige Kranke, welche seit vier Monaten abgemagert war, nie gehustet hatte und seit vierzehn Tagen rasch zunehmende Halsschmerzen hatte, so daß sie fast nichts mehr schlucken konnte. Der ganze Rachen war stark gerötet, die linke Mandel von einem zusammenhängenden, festhaftenden, weißlichen Belage bedeckt. Eine Submaxillardrüse vergrößert und schmerzhaft; in der rechten Achselhöhle eine wallnußgroße, schmerzhafte Drüse. Deutlich palpabler Milztumor; über der rechten Lungenspitze hinten etwas unreines Atmen. Ein Teil des Belages wurde mit dem scharfen Löffel abgekratzt; er enthielt säurefeste Bakterien. Ein damit interperitoneal geimpftes, vorher mit Tuberkulin geprüftes Meerschweinchen ging nach vier Wochen ein und zeigte die typische Impftuberkulose. Vf. behandelte die Kranke mit Injektionen von Neutuberkulin nach v. Hippels Methode (im ganzen 56 Einspritzungen mit 30·2 mg des Mittels). Die erwartete günstige Reaktion zeigte sich schon vor Abschluß des Tierexperiments. Bereits nach der fünften Einspritzung schwanden die ungemein heftigen Halsschmerzen, das Körpergewicht nahm rasch zu (im ganzen um 2·5 kg), der Rachen zeigte ein normales Aussehen, die Milz war nicht mehr palpabel, die Drüsen waren erheblich verkleinert und nicht mehr druckempfindlich. Der Fall muß jedenfalls als primäre Tonsillartuberkulose mit Verschleppung des Virus auf dem Wege der Lymphbahnen gedeutet werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Ein neues Ringmesser-Tonsillotom. Von Dr. M. Seyffert. Ref. Weil, Wien.

Vf. konstruierte ein Tonsillotom ohne das Messer deckenden Ring, in der Meinung, daß man mit einem solchen manchen schwierig zu fassenden Tonsillen leichter beikommen könne; nur ein zentrales Stück des Deckringes, das ja als Widerlager des Messers dienen muß, ließ er stehen. Dabei mußte die Gabel natürlich weggelassen werden, da sie ja ungedeckt geblieben wäre, und Vf. ersetzte sie durch eine zugleich mit der Messerbewegung sich schließende Zange, welche die Tonsille faßt, aber natürlich keine Hebelwirkung hat, also die Mandel nicht herausziehen kann, was Vf. gleichfalls für einen Vorteil ansieht, da so manche durch die Hebelwirkung verschuldete profuse Blutung vermieden wird. (Ob das Messer ohne Deckung nicht beim Andrücken leicht abbrechen wird? Ref.) — (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 12, 1905.)

Zur Therapie der diphtheritischen Larynxstenose. Von Dr. Rudolph. Ref. Weil, Wien.

Vf. berichtet über drei Fälle von schwerer diphtheritischer Larynxstenose, bei denen die Tracheotomie oder Intubation dringend angezeigt war, von den Eltern der kranken Kinder aber nicht gestattet wurde. Vf. gab ihnen neben Seruminjektionen innerlich Opiumtinktur, und zwar viermal täglich, eventuell auch öfter, so viel Tropfen, als die Kinder

Digitized by Google

Jahre zählten; alle drei genasen. Wenn die Patienten aus dem soporösen Zustand erwachten, bekamen sie etwas Nahrung, hauptsächlich Milch, dann, wenn nötig, bald wieder Opium. Vf. meint, daß die Qualen des Zustandes durch das Opium erträglich gemacht werden und die Atmung freier und ergiebiger wird (? Ref.), bis die Wirkung des Antitoxins einsetzt. — (Therap. Monatsh., Oktober 1905.)

Zur Therapie der Larynxpapillome. Von Dr. W. Koellreutter. Ref. Weil, Wien.

In zwei Fällen von rasch rezidivierenden multiplen Larynxpapillomen hat Vf. nach wiederholten Operationen erst durch gleichzeitige Anwendung von internen Mitteln — das einemal Arsenik, das anderemal Jodkali — definitive Heilung erzielt. — (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 11, 1905.)

Ein Fall von Verätzung des Kehlkopfes und der Luftröhre durch Kampferspiritus. Von Dr. Viktor Pick. Ref. Weil, Wien.

Ein 52jähriger herzkranker Mann bekam gegen seine häufigen Ohnmachtsanfälle eine Mischung von Spirit. camphor. und Kognak (1 : 20) verordnet. Während einer Ohnmacht wurde ihm ein Likörgläschen voll von dieser Mischung in den Mund gegossen. Nach dem Erwachen hatte er heftigen Hustenreiz und Brennen in der Kehle und konnte später gar nichts mehr schlucken; Vf. fand entzündliche Schwellung und ausgedehnte graue Verschorfung des ganzen Kehlkopfeinganges. Fünf Tage später hustete der Kranke eine rein weiße, ziemlich derbe fibrinöse Membran aus, die zirka 12 cm lang, 1 cm breit und 0·25 cm dick war und sich am unteren Ende entsprechend der Bifurkation in zwei Zipfel teilte.

Das Medikament stellte, wie erwähnt, eine ungefähr ½%ige Lösung von Kampfer in 50%igem Alkohol dar. Für die Verätzung kommt wohl hauptsächlich der Alkohol in Betracht, für die Intensität der Aetzwirkung jedoch, die ja in den Verdauungswegen nicht auftritt, offenbar die zarte Beschaffenheit der Schleimhaut der oberen Luftwege. — (Wien. med. Presse Nr. 51, 1905.)

Inhaleirpfeife zur Verdampfung ätherischer Oele. Von Dr. J. Thanisch. Ref. Weil, Wien.

Vf. konstruierte eine sehr handliche Vorrichtung zur Inhalation ätherischer Oele in Form einer ganz aus Glas gefertigten Pfeife. In den Kolben kommt Watte, auf welche einige Tropfen des ätherischen Oeles (Vf. empfiehlt eine Mischung von Menthol 2·5, Terpinol, Eukalyptol aa 1·0, Ol. pini pumil. 0·5) gegeben werden; der Kolben wird über einer kleinen Spirituslampe erwärmt und die Luft aus dem Mundstücke angesogen. Die Dämpfe passieren ein in einem Zwischenbehälter eingeschlossenes, frei mündendes Schlangenrohr, wodurch ein Uebertreten von Flüssigkeit in den Mund verhindert wird.

Für die Inhalation durch die Nase benützt man einen eigenen Ansatz und atmet durch den Mund aus. Der Apparat ist durch warmes Wasser, Alkohol oder Aether leicht zu reinigen. — (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 12, 1905.)

Gynäkologie.

Zur operativen Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter. Von Dr. Siegfried Stocker, Luzern. Ref. G. Wiener, München.

Eine Operation sei unnötig bei Frauen, welche trotz ihrer Retroflexio uteri keine Beschwerden hatten und nicht steril sind. Bei allen anderen Frauen steht der Vf. auf dem operativen Standpunkt, da er von der Pessarbehandlung sich keine dauernden Erfolge verspricht und außerdem die Pessare sehr viele Jahre getragen werden müssen. Das Heilmittel par excellence für die beweglichen Retrodeviationen sei die Alexander-Adams-Operation. Bei Senkungen und Vorfällen gibt die Operation selbständig keine guten Resultate, dagegen sei sie als Hilfsoperation bei Perineorhaphie, Colporrhaphie etc. zu empfehlen. Die außerdem bei beweglicher Retroflexio uteri noch in Frage kommende Vagino- oder Ventrofixation sei wegen der eventuellen Geburtsstörungen nicht anzuraten.

Bei fixierter Retroflexion treten in Konkurrenz: 1. Trennung der Verwach-

Digitized by Google

sungen vom Mastdarm aus (nach Schultze), 2. nach hinterer oder vorderer Kolpotomie, und 3. nach Laparotomie. Die Kolpotomie tritt nur in Frage bei Adhäsionen, welche dem Uterus noch einige Beweglichkeit lassen. Straffe Adhärenzen werden vom Abdomen aus angegriffen. Vf. bevorzugt die Verbindung von Laparotomie mit Alexander-Adam. Von den übrigen angeführten Verfahren (Beck, Ill, Badescu, Doleris, Fergusson, Amann) hält er die letztere immer noch für die beste, ohne sich ihr vollkommen anzuschließen. — (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 23, 1905.)

Erste Hilfe bei Blutungen aus dem weiblichen Genitaltraktus. Von L. Landau, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Bei Blutungen aus den äußeren Genitalien (nach Hymenzerreißung, bei Koitusverletzungen) erachtet Vf. die Tamponade nicht nur für nutzlos, sondern sogar für schädlich, weshalb stets tiefgreifend umstochen werden sollte. Bei Abortblutungen warnt er vor der Anwendung der Kurette und empfiehlt die vaginale Tamponade mit trockenem Mull (Jodoformmull wird wegen der Intoxikationsgefahr abgelehnt), sowie die Ausräumung mit dem Finger. Ausspülungen des Uterus werden verworfen, dagegen Auswischungen mit 3%iger Karbollösung oder Jodtinktur angeraten. Beim septischen Abort sei eine Ausspülung des Uterus mit Alkohol oder einem anderen Desinfiziens empfehlenswert, doch muß für raschen Abfluß gesorgt werden. Zu allen Eingriffen empfiehlt L. den Gebrauch von Gummihandschuhen.

Das relativ wirksamste Mittel bei Placenta praevia ist die Kompression. Da die Scheidentamponade nur unvollkommen wirkt, soll dieselbe durch einen Kolpeurynther oder Metreurynther vorgenommen werden. Steht die Blutung daraufhin auch noch nicht, so sei das Kind als Kompressionsmittel (Wendung nach Braxton-Hicks) zu gebrauchen.

Die Blutungen in der Nachgeburtsperiode werden sehr leicht provoziert durch die vorzeitige Anwendung des Credé'schen Handgriffes. Bei atonischen Blutungen ist liq. ferri als direkt schädlich zu verwerfen. Vorzüglich seien dagegen Injektionen von heißem Wasser (50° C.) in den Uterus oder in das hintere Vaginalgewölbe, jedoch nur dann, wenn der Uterus ganz leer ist. Denselben günstigen Effekt haben auch Injektionen von Eiswasser. Lassen die Ausspülungen im Stich, so ist die bimanuelle Kompression anzuwenden, wobei die äußere Hand durch einen ca. 10 Pfund schweren nassen Sandsack ersetzt werden kann. Ausdrücklich zu betonen ist, daß vor all diesen Manipulationen die Harnblase zu entleeren ist. (Am besten ist der Handgriff von Fritsch.) Bei leichteren Fällen ist auch die Uterustamponade nach Dührssen sehr wirksam. Die Narkose sei tunlichst zu vermeiden; wird dieselbe für nötig erachtet, so ist vor dem Gebrauch von Chloroform zu warnen.

Bei Rissen der Zervix, des lig. latums oder ins Parametrium hinein soll feste Scheidentamponade mit Kompression von außen oder, besser noch, eine Naht der angehackten Zervix vorgenommen werden. Penetrierende Risse erfordern den Transport in eine Anstalt und die Operation.

Zum Schlusse verbreitet sich der Vf. ausführlich über Entstehung und Diagnose der Extrauterin-Gravidität, empfiehlt das wohl hinreichend bekannte operative Verfahren, und macht außerdem darauf aufmerksam, daß jede geschlechtsreife Frau in zweifelhaften Fällen an eine zu genauer Kontrolle geeignete Klinik gebracht werden soll, um im Moment der Gefahr sofort eingreifen zu können. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 24, 1905 u. Nr. 1, 1906.)

Ueber eine neue Behandlung des Fluor albus. Von Dr. Georg Kelen, Budapest. Ref. G. Wiener, München.

Dr. Veit in Halle empfiehlt ein neues Mittel, Leucrol. Es sind dies hellbraune Tabletten, welche den Extrakt einer ostasiatischen Pflanze aus der Familie der Ranunculaceae enthalten. Die in Soltiens chemischem Laboratorium vorgenommene Analyse besagt, daß die Drogue keine gif-

Digitized by Google

tigen Stoffe enthält. Die Dosis ist 4—6 Tabletten pro die; nach den ersten 6—8 Tagen hat sich eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens und nach 10 Tagen eine Gewichtszunahme gezeigt. Unter 8 Fällen befanden sich 6, resp. 7 mit Heilerfolg, darunter auch drei gonorrhoische. — (Ung. med. Presse Nr. 35 u. 36, 1905.)

Die Vaporisation des Uterus. Von Privatdozent Dr. Karl Baisch, Tübingen. Ref. G. Wiener, München.

B. ist kein unbedingter Anhänger der Vaporisation, da von derselben in vielen Fällen nicht nur ungenügende, sondern sogar die Frau direkt gefährdende Resultate erzielt wurden. Wirkliche Heilungen sieht man nur bei klimakterischen Blutungen. Empfehlenswert ist es, 5—6 Tage vor der Vaporisation die Abrasio uteri vorzunehmen. Die Vorteile davon sind:

1. schließt die gebotene mikroskopische Untersuchung Malignität aus;
2. ist die Mukosa genügend regeneriert, um die Muskulatur vor Verbrennung zu schützen;
3. ermöglicht die Entfernung der hypertrophischen Schleimhaut ein gleichmäßiges Einwirken des Dampfes;
4. ist die Vaporisation 5—6 Tage nach dem Curettement nicht mehr so schmerzhaft, so daß die Narkose vermieden werden kann.

Gänzlich kontraindiziert ist die Anwendung des Dampfes bei jeder Infektion, ob septisch oder gonorrhoisch, nicht nur der Adnexe, sondern auch des Uterus, sowie bei Myomen, Puerperalfieber und putriden Aborten.

Die Kesseltemperatur soll 110° betragen, die Einwirkung des Dampfes 1—2 Minuten dauern. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 1, 1905.)

Geburtshilfe.

Zur Frage des künstlichen Abortes. Von Dr. Ödön Turkai, Budapest-Marienbad. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hält den künstlichen Abort im allgemeinen für kontraindiziert; nur bei schwerem Herzleiden, Tuberkulose, Nierenleiden etc. soll derselbe ausgeführt werden. Er selbst hat ihn in 17jähriger Praxis nur dreimal gemacht, und zwar bei spezifischer Hyperemesis gravidarum, bei schwerem, inkompensierten Herzfehler und bei großer Schwäche, verbunden mit bedeutender Gewichtsabnahme und alltäglichem Erstickungsanfall. — (Ung. med. Presse Nr. 35 u. 36, 1905.)

Ueber die Indikationsstellung zur Anlegung der „hohen" Zange unter besonderer Berücksichtigung der Achsenzugzange. Von Prof. Th. Wyder, Zürich. Ref. G. Wiener, München.

So lange bei beweglichem Kopfe die Wendung noch möglich ist, soll die hohe Zange nicht gemacht werden. Erlaubt sei dieselbe, wenn: 1. bei lebendem Kinde gefährliche Zustände der Mutter bereits bestehen oder bei längerem Zuwarten mit Sicherheit zu erwarten sind; 2. wenn bei gesundem Zustande der Mutter das Kind gefährdet ist. Einschränkend sei noch hinzuzufügen, daß nur der Geübte und technisch Ausgebildete die hohe Zange machen soll. Führen mehrere, höchstens 10—12, Traktionen nicht zum Ziele, so ist die Zange durch das Perforatorium zu ersetzen. Vor der Zangenanlegung soll versucht werden, den Kopf in Walcherscher Hängelage nach der Methode von Hofmeier ins Becken hineinzudrücken. Bei der Operation selbst sei das Querbett der Seitenlagerung der Frau vorzuziehen. Um den schädlichen Druck auf die Weichteile des Beckeneinganges zu eliminieren, wird die Achsenzugzange empfohlen, da bei derselben der hochstehende Kopf in der Richtung der Beckeneingangsachse tiefer gezogen wird und sie außerdem dem Kopfe während des Tiefertretens seine natürliche Beweglichkeit gestattet. — (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 23, 1905.)

Neuere Bestrebungen, schwere atonische Postpartumblutungen zu stillen. Von Paul Drinhausen. (Aus der k. Universitäts-Frauenklinik in Marburg; Prof. Ahlfeld.) Ref. Fritz Loeb, München.

Daß man auch bei Atonien stärkeren Grades mit wenig eingreifenden

Digitized by Google

Mitteln in den meisten Fällen zum Ziele kommen kann, beweisen die Resultate der Marburger Entbindungsanstalt, wo seit Jahren folgendes Verfahren geübt wird: Tritt nach Ausstoßung der Plazenta eine Blutung auf, und stammt dieselbe wirklich aus dem Uteruskavum, so überzeugt sich der Arzt zuerst durch genaue Besichtigung der Plazenta, ob dieselbe vollständig ist. Falls Zweifel darüber bestehen, wird nach gründlicher Alkohol-Heißwasserdesinfektion, während deren die Hebamme den Uterus massiert, eine Revision der Uterushöhle vorgenommen, und eventuell zurückgebliebene Plazenta- oder Eihautreste entfernt. Wird bei Besichtigung der Plazenta zweifelsfrei festgestellt, daß nichts fehlt, so wird, eventuell nachdem die Harnblase katheterisiert ist, versucht, den Uterus durch sanftes, gleichmäßiges Reiben zur Dauerkontraktion zu bringen. Gelingt dies nicht, und blutet es weiter, so wird, um den Ort der Blutung festzustellen, innerlich untersucht, falls kein Zervixriß vorhanden ist, das Cavum uteri ausgetastet, ob nicht doch Plazentarreste zurückgeblieben sind. Diese werden dann, ebenso wie vorhandene Blutkoagula, ausgeräumt. Blutet es immer noch weiter — ein Zervixriß wird natürlich, wenn er als Quelle der Blutung erkannt ist, gleich genäht — so wird mit einem verlängerten Schatz'schen Katheter eine heiße (50—52° C.) Ausspülung des Uterus mit sterilem oder abgekochtem Wasser oder, falls eine Desinfektion des Uteruskavums erforderlich erscheint, mit 50—75%igem heißen Alkohol vorgenommen.

Mit diesen einfachen Maßnahmen ist es in der Marburger Entbindungsanstalt bei den in den Jahren 1884—1905 unter zirka 7200 Geburten aufgetretenen atonischen Postpartumblutungen immer gelungen, die Blutung zum Stillstand zu bringen. Nur in einem Falle schwerer Atonie hämophilen Charakters erwies sich das Verfahren als unzureichend. — (Diss. Marburg, 1905.)

Augenheilkunde.

Alypin.

1. Alypin, ein neuer Kokainersatz. Von Dr. Leo Jacobson. Ref. Jänner, Wien.

2. Alypin, ein neues Anästetikum. Von Dr. Sicherer. Ref. Jänner, Wien.

1. Das von den Farbenfabriken Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld dargestellte Alypin ist der Benzoesäureester eines Diamidoalkohols. Es wurden Versuche mit 2%iger und 5%iger Lösung gemacht. Die Anästhesie, welche 2 Minuten nach der Einträufelung in den Bindehautsack eintritt, hält zirka 10 Minuten an und zeigt im Vergleiche zum Kokain folgende Unterschiede:

Alypin bewirkt keine Mydriasis, keine Akkomodationsstörung, keine Drucksteigerung, keine Anämisierung der Konjunktiva und keine Erweiterung der Lidspalte. Es erzeugt aber eine, wenn auch leicht vorübergehende Rötung der Konjunktiva. Diese Alypinwirkung läßt sich jedoch durch Beimengung eines Nebennierenpräparats beheben.

Das Alypin ist weniger giftig und billiger als das Kokain. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 52.)

2. Das Alypin ist das Monochlorhydrat des Benzoyl — 1·3 Tetramethyldiamin — 2 — äthylisopropylalkohols und stellt ein weißes, in Wasser leicht lösliches, kristallinisches Pulver mit neutral reagirender Lösung dar. 5—10 Minuten dauerndes Kochen beeinflußt die anästhesierende Wirkung nicht, ebensowenig die Beimengung eines Nebennierenpräparats. Längeres Kochen ist nicht zu empfehlen. Die Lösungen sind haltbar und sehr gut von der Applikationsstelle aus resorbierbar.

Gegenüber gleichkonzentrierten Kokainlösungen verhält sich Alypin wie folgt:

1. Das Alypin übt auf die einzelnen Funktionen des Organismus eine viel weniger gefährliche Wirkung aus als das Kokain. Geringe Dosen verlangsamen und vertiefen die Atemzüge, größere Dosen rufen Erregungszustände hervor, beschleunigen und vertiefen die Atmung; auf das Herz ist die Wirkung eine solche, daß eine

Digitized by Google

Verlangsamung der Pulsfrequenz mit Pulsverstärkung erfolgt.

2. Das Alypin besitzt vasodilatatorische Eigenschaften, daher es Hyperämia der Konjunktiva erzeugt, während Kokain anämisierend wirkt.

3. Am meisten zu empfehlen ist die 2%ige Lösung, welche nur ganz geringes Brennen verursacht.

4. Das Alypin erzeugt keine Mydriasis, keine Akkomodationsstörung, keine Drucksteigerung, keine Erweiterung der Lidspalte.

5. Die Alypineinträufelung läßt die Hornhaut vollkommen intakt.

6. Das Alypin ist bedeutend billiger als das Kokain. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 16.)

Vermag ein Trauma eine auf konstitutioneller Grundlage beruhende Augenentzündung auszulösen? Von Perlia. Ref. Jänner, Wien.

Diese sowohl in ärztlicher, als vielleicht noch mehr in sozialer Richtung äußerst wichtige Frage gelangt in der XIV. Versammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte in Düsseldorf, vom Vf. eingeleitet, zur Diskussion. Während Thier (Aachen) den Standpunkt vertritt, daß es wissenschaftlich nicht feststehe, daß die vom Vf. demonstrierte Keratitis parenchymatosa als Folge einer erlittenen Verletzung aufgetreten ist, stimmen alle anderen (Nieden, Scheffels, Limbourg, Guillery, Pfalz u. a.) mit dem Vf. überein.

In Kürze referiert, handelt es sich um folgenden Fall:

Am 8. Oktober 1902 flog einem 16jährigen Eisendreher bei der Arbeit ein Messingspan gegen die rechte Kornea, der von einem Nebenarbeiter entfernt wurde. Am 11. Oktober 1902 konstatierte der konsultierende Dr. Perlia eine kleine Abschürfung der Kornea und stellte baldige Heilung in Aussicht.

Nach einigen Tagen entwickelte sich, von der verletzten Stelle ausgehend, eine typische Keratitis parenchymatosa und 3 Wochen später typische Keratitis parenchymatosa des linken Auges. Die erhobene Anamnese ergab schwerwiegende Anhaltspunkte für Lues hereditaria.

1. Kann ein Trauma corneae eine typische Keratitis parenchymatosa hervorrufen? Ja.

2. Steht die linksseitige Keratitis parenchymatosa mit der Verletzung der rechten Kornea in Zusammenhang? Ja.

Auch der Ref. schließt sich der Ansicht des Vfs. an und möchte den Kausalnexus zwischen Trauma und der aufgetretenen Erkrankung mit der geringeren Widerstandsfähigkeit des hereditär belasteten Individuums erklären, im Begutachtungsfalle sich dahin äußern, daß die Keratitis parenchymatosa durch die überstandene Verletzung jedenfalls, wenn schon nicht direkt verursacht, so doch ganz bestimmt in ihrem Auftreten beschleunigt worden ist. (Die Ophthalmol. Klinik, Nr. 13, 1905.)

Urologie.

Das Verhalten des praktischen Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat. Von Prof. Dr. R. Kutner, Berlin. Ref. A. Haas, München.

Bei Blutungen aus den Harnwegen gibt es Mittel, die in jedem Falle angewandt werden können, und solche, die einer bestimmten Indikation dienen. Zu ersteren gehören Ruhe, Eisapplikation und vor allem Styptizin (0·05 g-Tabletten, dreimal täglich zwei Tabletten); ferner gibt man Suprarenin, und zwar entweder konzentriert (1:1000·0) mittels Tropfenspritze und Instillationskatheters oder als Lösung 1:10.000·0 mit 150 g-Spritze. Bei schweren Blutungen wirkt oft die Einführung eines sterilisierten, dicken elastischen Katheters sehr gut, der gewissermaßen tamponiert; das letzte Mittel ist die Aufsuchung der Blutung und ihre Stillung.

Die Blutungen, bei denen die genannten Mittel angewandt werden, zerfallen in von der Harnentleerung abhängige und in solche, die in Verbindung mit der Harnentleerung auftreten.

Die Blutungen der ersten Gruppe können bedingt sein durch gonorrhoische, hochgradige Entzündung der Harnröhre, wo es dann unter dem Einfluß von Erektionen zu intensiveren Blutungen kommen

Digitized by Google

kann, ferner seltener durch Tuberkulose der Harnröhre und durch Papillome. In diesen Fällen genügt Ruhe, Eis und Suprarenin-Instillation. Ferner gehören hieher die Blutungen nach Verletzungen, besonders durch Sturz und Aufschlagen in Reitstellung, und durch Schußverletzungen. In diesen Fällen kann man provisorisch einen Schlauch um die Radix penis legen; meist wird man jedoch unverzüglich die Urethrotomia externa machen können. — Bei Blutungen durch falschen Katheterismus genügt meist Ruhe, Styptizin, eventuell Suprarenin-Instillation oder Einlegen eines Dauerkatheters. Letzteres Mittel genügt auch meist bei Nachblutungen nach Bottini'scher Operation; nur selten muß man hier zur Sectio alta greifen.

Von den Blutungen der zweiten Gruppe sind die der Harnentleerung vorangehenden meist durch Prostatahypertrophie bedingt; meist genügt Styptizin, selten ist Sectio alta und Kauterisation erforderlich. Blutungen nach der Harnentleerung sind meist Folge einer akuten Urethritis gonorrhoica posterior; höhere Grade erfordern Durchspülung der Harnröhre mit Suprarenin. Die echte Hämaturie endlich beruht auf Tumor, Konkrement oder Tuberkulose der Blase oder Niere. Die jeweilige Ursache und der Sitz sind durch das Zystoskop festzustellen, die Therapie der Blutungen wird also meist eine kausale sein. Bei plötzlichen starken Blutungen ist die Blase mit Suprareninlösung zu füllen. Steht dann die Blutung nicht, ist sofort Zystoskopie und Freilegung der betreffenden Niere nötig. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 15. Dez. 1905.)

Ein Fall von Nierenreizung nach Urotropingebrauch. Von T. Wilson Parry. Ref. V. Blum, Wien.

In der Regel tritt selbst nach langem Gebrauche von Urotropin oder Hexamethylentetramin keinerlei Irritation der Nieren auf. Parry jedoch beobachtete folgenden Fall: Ein 84jähriger Mann litt an einer kompletten Harnretention infolge einer immensen Prostatahypertrophie. Der Urin war ammoniakalisch, übelriechend, schleimig und enthielt geringe Mengen von Eiweiß. P. verschrieb ihm Urotropin, dreimal täglich ein halbes Gramm. Später wurde die Dosis verdoppelt; überdies wurde die Blase mit antiseptischen Lösungen gespült. Der üble Geruch des Urins und der Schleim in demselben verschwand bald, der Harn wurde sauer; nachdem dies eingetreten war, wurde die Urotropindosis wieder reduziert. Während dieser Zeit nun trat unter gleichzeitiger Irritation der Blase eine starke Zunahme des Albumingehaltes auf. Drei Wochen nach Beginn der Behandlung wurden 57 Unzen Albumin in 24 Stunden ausgeschieden. Nach Aussetzen der Urotropindarreichung schwanden die Blasenreizerscheinungen sowie das Albumen bis auf minimale Spuren.

Das Formaldehyd, das Spaltungsprodukt des Urotropins, hat nach des Autors Meinung hier reizend auf die Nieren gewirkt. Durch ein einfaches chemisches Experiment läßt sich nachweisen, daß das Urotropin nur in sauren Lösungen sich in Formalin und Ammoniak spaltet. Da hier aber der Urin in der Blase ammoniakalisch zersetzt war, mußte die Spaltung innerhalb der Nieren vor sich gegangen sein, welcher Umstand mit starker Nierenreizung und akuter Nephritis einhergegangen sein soll.

Nach des Ref. Meinung ist dieser Fall durchaus nicht beweisend für die irritative Wirkung des Urotropins, da die Albuminurie (von Zylinderurie wird nicht berichtet) durch die Reizerscheinungen und akute Entzündung der Blase vollauf erklärt ist. — (The Lancet, 9. Dez. 1905.)

Ueber den Schmerz bei der Ren mobilis. Von Ph. Tuffier. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die bewegliche Niere ist eine sehr häufige Erscheinung; rechnet man die geringsten Grade, wo man gerade ihren unteren Pol noch palpieren kann, hinzu, so besitzt jede fünfte Frau eine bewegliche Niere. Eines ihrer hervorstechendsten Symptome ist der Schmerz, und zwar ist derselbe entweder beständig vorhanden oder er tritt in Krisen auf. Die erstere Form wird häufig durch ein kleines Trauma hervorgerufen: ein leichter Fall, eine Ueberstreckung ruft den Schmerz hervor, der dann nicht mehr weicht. Sel-

Digitized by Google

ten ist er sehr heftig; meist ist nur ein unbestimmtes schmerzhaftes Gefühl in der Ileolumbalgegend vorhanden, mit Ausstrahlen in die Seite, in die Iliakalgrube, den Leistenkanal, die Schamlippen, die Rippengegend. Bewegungen und Anstrengungen verstärken den Schmerz; gelegentlich ist Berührung der Niere selbst schmerzhaft. Da es sich meist um neurasthenische Individuen handelt, leiden sie sehr unter den schmerzhaften Empfindungen und können dadurch leistungsunfähig werden. Eine Reihe Beschwerden von anderen Organen: Gastralgien, Enteralgien, Sexualerkrankungen vervollständigen das Bild. Der krisenartig auftretende Schmerz kann von geringer Intensität sein, fällt dann oft mit den Menses zusammen, geht ohne Erbrechen oder Auftreibung des Leibes einher; aber zu Ende des Anfalles kommt es oft zu einer reichlichen Entleerung hellen Urins. Schwere Schmerzanfälle kommen dagegen durch intermittierende Hydronephrosen zustande und bieten dann ganz das Bild der Nierenkolik mit Versiegen der Urinentleerung, Tumor in der Nierengegend. — Es ist sehr wichtig, diesen intermittierenden Hydrops zu erkennen, da er im Gegensatz zur einfachen Ren mobilis, die man operativ fixieren kann, keiner Restitutio ad integrum fähig ist. — (La Presse médicale, 9. Nov. 1904.)

Dermatologie.

Erythema induratum.

1. **Zur Kenntnis des Erythema induratum (Bazin).** Von Dr. A. Kraus. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 76, H. 2.)
2. **Ueber Erythema induratum (Bazin).** Von Dr. F. Hirsch. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 75, H. 1 u. 2.)

1. Die gehäufte Beschreibung der Varietät des skrofulösen Knotenerythems hat unwillkürlich das Auge auf die Wahrnehmung dieser klinisch wohlerkennbaren Läsionsart geschärft und an allen Heilstätten größeren Krankenzulaufs wird mit lebhaftem Eifer an den Prädilektionsstellen nach den indolenten Knotenschichten Umschau gehalten. So hat die Pick'sche Klinik (Prag), wo früher der Krankheitstypus in der Klasse minder scharf hervorgehobener Typen aufgegangen sein dürfte, in kurzer Frist vier Fälle sammeln können, die Vf. in lückenloser Auswertung zur Mitteilung bringt. Auch hier handelte es sich mit einer Ausnahme um jugendliche weibliche Individuen, die das oft verfolgte Krankheitsbild darboten. Die mit Alt-Tuberkulin erzielten Reaktionen fielen alle negativ aus.

Der Gewebsbefund zeigt übereinstimmend: entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes mit vielfach großen und kleinen Zystenbildungen, Verdichtung der Bindegewebszüge. Nirgends wahre, tuberkulöse, dagegen zahlreiche, an das histologische Bild der Tuberkulose erinnernde Veränderungen, die aber durch das reichliche Vorhandensein von Fettriesenzellen keinerlei Irrtum zulassen. Die Gefäße sind nur in der Nähe der größeren Herde im Fettgewebe im Sinne einer akuten entzündlichen Infiltration in Mitleidenschaft gezogen. Vf. gelangt zu dem Schlusse, daß im Erythema induratum ein weder klinisch noch histologisch begrenztes Krankheitsbild zu erblicken sei, sondern eine Sammelform für verschiedene Arten von Veränderungen, denen allen gemeinsam die begleitende entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes das Gepräge der Zusammengehörigkeit verleiht.

Eine Anschauung tritt hier zutage, die nicht nur der ätiologischen Verwandtschaft und Zusammengehörigkeit des neu belebten Symptomenkomplexes entgegentritt, sondern selbst die allseits anerkannte morphologische Kongruenz des Krankheitsbildes in Abrede stellt. Hiemit wäre aber gleichzeitig auch das gewebliche Kardinalphönomen — die entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes — an dessen Klarlegung Vf. ja selbst am eifrigsten mitgewirkt hat, mit einemmale seiner pathognomonischen Bedeutung entkleidet. Weitere Untersuchungen werden zeigen, ob den atrophischen Alterationen des Fettgewebes eine jegliche Spezifität abzusprechen sei oder aber dem immerhin eigenartigen, lokalisierten und elektiven Gewebsvorgang doch stets die

Digitized by Google

gleichen bestimmenden Vorbedingungen zur Verfügung stehen.

2. Mit stets wechselnder Weichenstellung gleiten die Ansichten über die ätiologische Stellung des Knotenerythems hin und her, ohne daß sich bisher eine Handhabe finden ließ, um endgiltig die spezifische oder indifferente Natur des Zustandes vertreten zu können. Auch die Beobachtung Vfs. bietet keineswegs die typischen Anzeichen eines tuberkulösen Befundes, wenn auch gleichzeitig bestehende spezifische Veränderungen die Zugehörigkeit des Erythems wahrscheinlich machen.

Ueber Art und Ursache der nach ausgedehnten Verbrennungen auftretenden hämolytischen Erscheinungen. Von Dozent Dr. Burkhardt.

Unter den Theorien, welche den Verbrennungstod zu erklären trachten, nimmt die Ansicht, daß hiebei toxiche Substanzen im Spiele seien, immer mehr an Wahrscheinlichkeit zu. Nur sind die Momente, welche dieser Intoxikation als Grundlage dienen, bisher nicht in einwandfreier Weise zutage gefördert. Als eine ihrer wichtigsten Erscheinungen ist die oft vermerkte Hämoglobinurie hinzustellen, welche ihrerseits wieder einen geeigneten Angriffspunkt für weitere aufdeckende Recherchen abgibt. Da die Auflösungserscheinungen der roten Blutkörperchen in der direkten Hitzeeinwirkung keine genügende Aufklärung erfahren, schien es angezeigt, im Sinne Ehrlichs und seiner Schule nach spezifischen Hämolysinen auszublicken. Neuere Erfahrungen lehren, daß die Erscheinungen der Hämolyse, d. h. des Ueberganges von Hämoglobin in das Blutserum, sehr häufig durch spezifische Gifte, Toxine, verursacht werden, die als spezifische Hämolysine nachweisbar sind; so will Ehrlich schon vor längerer Zeit die bei ausgedehnten Erfrierungen auftretende Hämolyse durch spezifische Giftstoffe verursacht erkannt haben, welche die Gewebe, besonders die Gefäße, unter dem Einflusse der Kälte produzieren.

Vfs. Versuche zielen auf die Isolierung ähnlicher Substanzen aus dem Blute nach ausgedehnten Verbrennungen ab und führen zu beachtenswerten Resultaten. Im Gegensatz zu einem ähnlichen Unternehmen Dieterichs konnte Vf., der an Kaninchen operierte, im Blutserum keine Hämolysine nachweisen. Das Serum besaß in keiner Weise hämolytische Kraft, auch galt das Gleiche für das Fibrin. In den meisten Fällen war indes deutlich Zerfall der Erythrozyten nachzuweisen. Die fast stets verfolgte Hämolyse möchte Vf. nach wie vor auf die mechanische Einwirkung der Erwärmung zurückführen. Der Zerfall und die Hämolyse beginnen etwa bei 50—55° und sind bei 60° am intensivsten. Höhere Temperaturen bewirken eine totale feste Eindickung des Blutes mit vollständigem Zerfalle der Blutkörperchen. Die Hämolyse setzt meist 1—2 Stunden nach der Verbrennung ein, um ihr Maximum innerhalb der ersten 10—12 Stunden zu erreichen. Auch bei einer letalen Verbrennung eines 14jährigen Mädchens waren die gleichen Verhältnisse festzustellen. Das Serum hatte nicht die geringste hämolytische Fähigkeit angenommen. Die Hämolyse ist nach Vf. nicht nur durch den Zerfall der Blutzellen, sondern vielmehr durch eine Läsion der Kontinuität der halbdurchlässigen Wand derselben bedingt, die ein allmähliches Austreten des Hämoglobins in das Serum gestattet. Es wäre das eine Art der direkten Hämolyse = Wärmehämolyse, die von der toxischen Hämolyse prinzipiell verschieden ist.

Ob nicht durch ausgedehnte Verbrennungen anderweitige, für den Körper schädliche Produkte gebildet werden, darüber lassen die eben mitgeteilten Versuche natürlich in keiner Weise irgend einen Schluß zu. Um das festzustellen, insbesondere also, ob irgend welche Zytoxine, nicht spezifische Hämolysine, erzeugt werden, die für bestimmte Zellarten toxisch wirken, bedarf es noch weiterer eingehender Untersuchungen. — — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 75, H. 4.)

N.

Digitized by Google

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Weiterer Beitrag zur Pathologie der gonorrhoischen Epididymitis. Von G. Baermann.

In einer früheren Arbeit konnte der Vf. nachweisen, daß es in einem großen Teil von Epididymitiden zur Abszedierung kommt und daß sich auch in dem Punktionssafte von nicht abszedierenden Epididymitiden stets Gonokokken nachweisen ließen. Damit war wohl zweifellos erwiesen, daß jedesmal die lokale Einwanderung von Gonokokken Ursache der Epididymitis sei, doch war noch nicht dargetan, auf welchem Wege diese Invasion stattfinde. Naheliegend war immer die Annahme, daß dieser Weg der vorgezeichnete Schleimhautweg des Vas deferens sei, doch habe man immer das eine Bedenken gehabt, daß an demselben so häufig kein klinisches Krankheitssymptom nachweisbar sei. Das beruht nach Baermann auf einem Untersuchungsfehler, denn bei einer ganz genauen klinischen Untersuchung ließe sich fast immer eine mehr oder minder hochgradige subjektive oder objektive Veränderung am Vas deferens nachweisen. Wie sich der Vf. den Nachweis der subjektiven Veränderung vorstellt, vergißt er mitzuteilen, er hat bloß den Mut, öffentlich zu erklären, daß die ganze Welt Untersuchungsfehler mache, er allein nicht, danach wäre der obige Ausspruch einzuschätzen.

Was Nobl seinerzeit bereits an seinem Falle dargetan hat, ergaben auch die eigenen Untersuchungen des Vfs., nämlich, daß die Invasion tatsächlich auf dem Wege des Vas deferens erfolge. Wenn nun die klinischen Erscheinungen am Vas deferens so sehr von denen an der Epididymis differieren, so sind dafür sowohl anatomische als auch mechanische Unterschiede namhaft zu machen, am Vas deferens Mukosa mit ziemlich festgefügtem mehrschichtigen Epithel, weites Lumen und gestreckter Verlauf, in den Ausführungsgängen der Epididymis ein in fortwährender Regeneration begriffenes, ziemlich locker gefügtes Epithel, ein enges Lumen und ein vielfach gewundener Verlauf. Eine Infektion auf dem Wege der Lymphbahnen sei wohl denkbar, doch sprechen die mikroskopischen Befunde an der Epididymis dagegen.

Da nach den Anschauungen des Vfs. eine Reihe von Epididymitiden mit Abszedierung endigt (wenn sie auch nicht nach außen durchbrechen), so hat er, um dadurch günstigere Heilungsbedingungen zu erzielen, in einer großen Zahl von Fällen inzidiert und hiebei gefunden, daß es in den von ihm als akute Form bezeichneten Fällen zu einer vollständigen Zerstörung des Nebenhodens kommt, bei den weniger akut verlaufenden Fällen lasse sich wohl mikroskopisch (nicht makroskopisch) eine Einschmelzung nachweisen, manchmal aber fehle sie, und in diesen letzteren Fällen ist eine Restitutio ad integrum erklärlich.

In einem Falle kam der Vf. auch dazu, die Transplantation des Samenstranges vorzunehmen, um eine durch beiderseitige Epididymitis erzeugte Azoospermie zu beseitigen. Bei der Entlassung konnte die Verbindung am Hoden mit dem eingepflanzten Vas deferens festgestellt werden; die Untersuchung des funktionellen Resultats konnte bis nun nicht gemacht werden. Auffallend ist noch das Verschweigen der einschlägigen Bemühungen Posners. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 77, H. 1.) D.

Zur Frage des Jodismus (Thyreoiditis jodica acuta). Von M. P. Gundorow.

Nach einem Ueberblick über die bisher bereits beobachteten mannigfachen Formen, unter welchen sich die Nebenwirkungen von Jodpräparaten abspielen können, kommt der Autor auf eine eigene Beobachtung zu sprechen, einen mit Lues behafteten Kranken betreffend, der regelmäßig nach Einnahme von Jodkali eine so bedeutende Schwellung des Halses bekam, daß er das Hemd nicht mehr zuknöpfeln konnte. Bei näherer Untersuchung konnte man konstatieren, daß die Schilddrüse deutlich vortrat, einen beginnenden Kropf vortäuschend, dabei ist sie mäßig derb und durchaus nicht druckempfindlich. Nach Aussetzen des Jods

Digitized by Google

gehen die Erscheinungen innerhalb weniger Tage zurück, der Hals erhält wieder seinen normalen Umfang.

Es sei kein Zweifel, daß hier Jodkali die auslösende Ursache für die Schwellung der Schilddrüse gewesen sei, mochte auch Lues den Boden hiezu vorbereitet haben; dank der Jodeinwirkung seien irgendwelche funktionelle Störungen der Glandula thyroidea eingetreten, und der abnorme Verlauf der biochemischen Prozesse habe eine Entzündung der Drüse hervorgerufen, welche sich klinisch durch die Schwellung derselben äußerte. Daß es sich wirklich um Entzündung handelt, wird allerdings nicht erwiesen, der Autor setzt die äußerlich konstatierte Schwellung gleich einer zugrunde liegenden Entzündung. Als unterstützend wird angeführt, daß sich bei durch längere Zeit fortgeführter Verfütterung von Jodsalzen an Tieren schwere Veränderungen der Schilddrüse einstellen, zuweilen auch Veränderungen entzündlicher Natur. Man müsse daher neben einer metastatischen und infektiösen Thyreoiditis auch eine Intoxikationsthyreoiditis anerkennen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 77, H. 1.) D.

Kinderheilkunde.

Säuglingsernährung.

1. **Ueber den Gebrauch und Mißbrauch von kondensierter Milch und Nährpräparaten bei der Kinderernährung.** Von G. F. Still. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Einiges über Muttermilch in den ersten Wochen des kindlichen Lebens.** Von M. H. Jones. Ref. Einstein, Stuttgart.
3. **Ueber die Möglichkeit, der Insuffizienz der Milchsekretion bei der Frau abzuhelfen.** Von G. B. Burzagli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die Ernährung mit kondensierter Milch und Nährpräparaten hat nach Still folgende Fehler: 1. Die in den meisten Präparaten vorhandene, nicht umgewandelte Stärke ist für Kinder unter 8—9 Monaten ungeeignet. 2. Die Präparate enthalten zu viel Kohlehydrate, wodurch Flatulenz, Dyspepsien und später Rhachitis und Barlow entstehen und die Fettaufnahme gestört wird. 3. Sie enthalten zu wenig Fett. 4. Außer diesen quantitativen Unterschieden bestehen feinere qualitative gegenüber der frischen Milch, so ist z. B. das Fett in den Präparaten schlecht emulgiert. — Nützliche Anwendung finden sie, wenn frische Kuhmilch infolge schlechter Eiweißverdauung nicht ertragen wird. Denselben Erfolg erreicht man dann aber auch durch stärkere Verdünnung oder durch Peptonisation der frischen Milch oder noch besser durch einen Zusatz von Natriumzitrat. Sie nützen ferner im Sommer bei Mangel einer guten frischen Milch durch ihre Bakterienfreiheit, sind aber nur vorübergehend anzuwenden. Außerdem dienen sie als Nahrung für ältere Kinder, sollen aber nicht mehr als zwei- bis dreimal im Tage gegeben werden. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

2. Jones untersucht die Gründe, warum so viele Mütter, besonders solche der oberen Klassen, ihre Kinder nicht stillen. Neben wirklich zwingenden Gründen, wie Krankheit (Tuberkulose, Neurasthenie) oder Beschäftigung außer dem Hause, trägt meistens die Furcht der Frauen, in ihrem gesellschaftlichen Leben und ihren Vergnügungen gestört zu werden, die Schuld. Andere Gründe sind: zu flache Brustwarzen und zu wenig Milch, Fehler, die sich durch Anwendung von Warzenhütchen, durch Beinahrung u. s. w. beseitigen lassen; ferner der rasche Zurückgang der Milch bei nervösen Frauen nach dem Aufstehen aus dem Wochenbett oder bei Wechsel des Aufenthalts. Häufig werden die Kinder auch von der Brust abgesetzt, wenn sie die Milch scheinbar nicht ertragen; eine geringe fett- oder zuckerhaltige Beikost (je nach dem Mangel der Muttermilch an diesen Stoffen), die Medikation von Alkalien, die Regelung der Nahrungspausen, die Beseitigung von Arzneimitteln bei der Mutter, die Abhaltung von Aufregungen bringt hiebei oft Abhilfe. Bei der Diät der Mutter ist zu beachten, daß vegetabile Kost den Zuckergehalt, Eiweißkost den Fett- und Eiweißgehalt der Milch erhöht. Viel Bier ist schädlich, es nützt hauptsächlich in der zweiten Hälfte der Stillzeit, wenn Fett-

Digitized by Google

und Eiweißgehalt der Milch zurückgehen. — Vf. gibt dann noch Regeln für die Ammenwahl, die nichts Neues bieten. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

3. In der Tierarzneikunde wird vielfach zur Anregung der Milchsekretion der Anis verwendet, bei Kühen in der Dosis von 35—100 g, bei kleineren Tieren entsprechend weniger; die Kur dauert 5—10 Tage. Damit gelang es z. B. bei einer Kuh die Sekretion um 4 l, bei einer Ziege sie auf das Dreifache der bisherigen Menge zu vermehren. Burzagli versuchte das Mittel bei zwei jungen, kräftigen Frauen, bei denen drei Wochen nach der Geburt trotz Anwendung aller Mittel keine genügende Milchsekretion zustande kommen wollte. Er verschrieb es als Infus 25·0:1000·0 und ließ im Laufe des Tages 12 Löffel davon nehmen, gleichzeitig damit Eingießungen der Mamma vornehmen. Nach 5—6 Tagen war eine deutliche Vermehrung der Milchabsonderung festzustellen; nach 10—11 Tagen, nach Verbrauch von zirka 125 g Anis (zirka 10 g täglich), war die Sekretion bei der einen Frau eine sehr reichliche, bei der anderen völlig genügend; zur Vorsorge ließ Vf. das Mittel nach 5—6 Tage weiternehmen. Zwei Monate nach Aufhören der Medikation war die Sekretion völlig tadellos. Das einfache Mittel ist jedenfalls in Fällen von Ausbleiben der Milchsekretion des Versuches wert. — (Gazz. degli osped. Nr. 15, 1905.)

Die antibakteriellen Sera in der Behandlung der Diphtherie. (Aus den Verhandlungen des V. ital. Pädiaterkongresses.) Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Ueber seine Erfahrungen berichtet zunächst der römische Kliniker Concetti. Er hat sowohl das bivalente (antitoxische und antibakterielle) als auch die anderen Sera vielfach erprobt, sei es lokal im Pharynx, in der Nase, in der Konjunktiva, sei es subkutan, sei es zur Instillation in die Luftwege durch die Kanüle. Letztere Anwendungsform empfiehlt er bei den bronchopneumonischen Komplikationen, ebenso endolaryngeale Instillationen bei Croup. In solchen Fällen ist das bivalente Serum vorzuziehen, und dürfte sich bei seiner Anwendung die Sterblichkeitsziffer noch weit tiefer stellen. — Gagnoni hat 31 Fälle von Diphtherie mit dem bivalenten Serum sowohl subkutan als auch lokal behandelt und ausgezeichnete Resultate erzielt; die Pseudomembranen werden sehr rasch abgestoßen und keine neuen gebildet, ganz besonders dann, wenn man die Stelle, wo die Membranen saßen, mit dem bakteriziden Serum pinselt. — (Il Morgagni, Riv. S. Juli 1905.)

Ueber kombinierte Aorten- und Mitralerkrankung bei rheumatischen Kindern. Von F. J. Poynton, London. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Kombination von Insuffizienz der Aorta und Mitralis ist bei rheumatischen Kindern nicht selten. Meist erkrankt die Mitralis zuerst, die Infektion der Aorta erfolgt dann oft durch Kontinuität. Primäre Aortenerkrankung ist selten. Poynton unterscheidet drei Klassen: bei der ersten ist die Aortenerkrankung so gering, daß sie klinisch nicht in die Erscheinung tritt, oder daß nur eine Zeitlang ein Aortengeräusch gehört wird, das später wieder verschwindet; bei der zweiten Klasse herrschen die Zeichen der Mitralinsuffizienz vor, bei der dritten diejenigen der Aortenerkrankung. Aortenstenose ist sehr selten. Zu bemerken ist, daß bei jüngeren Kindern das diastolische Aortengeräusch im 2. bis 3. linken Interkostalraum gehört wird und erst, wenn die Kinder größer werden, unter das Sternum und rechts davon rückt.

Die erste Läsion des Herzens bei Polyarthritis ist stets eine Dilatation, erst nachher kommen die Zeichen der Endokarditis, die anfangs leicht übersehen werden. Die Aorteninsuffizienz zeigt sich zuerst durch einen dumpfen zweiten Ton an, dann durch ein systolisches und dann erst durch ein diastolisches Geräusch. Die Veränderungen — sowohl die frischen Vegetationen als auch die alten fibrösen Verdickungen — sind oft jünger, als man nach den klinischen Zeichen erwarten sollte, besonders an der Aorta; anderseits machen manchmal große Vegetationen keine Geräusche. Ueberhaupt sind die klinischen Zeichen häufig merkwürdig gering bei sehr schweren Erkrankungen.

Digitized by Google

Die erste Attacke des Rheumatismus tritt oft in sehr frühem Alter auf (bei 7 unter 19 Fällen des Vfs. vor dem 6. Jahre). In 6 von 7 obduzierten Kindern fand sich der „Diplococcus rheumaticus" vor, meist in den Vegetationen oder anderen Läsionen, einmal auch im Herzblut.

Die Prognose ist sehr ernst; von 21 Kindern, die Vf. beobachtete, starben 10 vor dem 12. Jahre. Der Tod war stets die direkte Folge der rheumatischen Attacke oder eines Rezidivs, nicht etwa mechanisch durch die Herzstörung bedingt. Die überlebenden Kinder bleiben invalide, häufig sind sie äußerst nervös.

Für die Möglichkeit einer Prophylaxe spricht, daß arme Kinder häufiger erkranken als reiche. Feuchte Wohnungen scheinen die Krankheit zu begünstigen.

Ein spezifisches Heilmittel gibt es nicht. Ruhe und Stärkungsmittel bilden die einzig wertvolle Therapie. — (The British med. journ., Nr. 2336, 1905.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Moderne Darmadstringentien.

Von den verschiedenen Adstringentien sind Bismuthum subnitricum und Tanninpräparate längst als spezifische Antidiarrhoika bekannt. Zu den besonders in der Kinderpraxis empfohlenen gehören Bismutose, Tannigen, Tannalbin und das in letzter Zeit erfundene Turicinpräparat.

Bismutose ist eine Wismuteiweißverbindung, die etwa 22% Bismuthum und 66% Eiweiß enthält. Die Bismutose stellt ein geruch- und geschmackloses, feines, weißes Pulver dar, welches sich am Licht schiefergrau färbt. In Wasser ist Bismutose unlöslich, in verdünnten Säuren ist es beim Erwärmen zum Teil lösbar; mit verdünnten Alkalien entsteht rasch eine opalisierende Lösung. Bismutose ist sehr widerstandsfähig gegen Magensaft, wird indessen rascher vom Pankreassaft angegriffen. Doch erreicht ein Teil des Präparats auch die untersten Partien des Darmes.

Die reine Gerbsäure wird schon vom Magensaft resorbiert und ihre adstringierende Wirkung kann sich nicht auf dem untersten Teil des Darmes vollziehen; außerdem erzeugt die Gerbsäure dadurch oft Magenkatarrh bei früher intakt gewesener Magenschleimhaut. Diese Nachteile des Acidum tannicum werden vermieden bei Anwendung der Tanninpräparate, wie Tannigen oder Tannalbin.

Tannigen ist eine Essigsäureverbindung des Tannins. Es ist ein hellgraues, trockenes, geruch- und geschmackfreies, in Wasser und sauren Flüssigkeiten unlösliches Pulver. Das Tanningen durchwandert daher unzersetzt den Magen; dagegen wird es leicht durch die alkalischen Darmsekrete gelöst. Es bewährt sich besonders bei den verschiedenen Darmerkrankungen der Säuglinge, bei akuten, namentlich subakuten und chronischen Enteritiden sowohl der Erwachsenen wie der Kinder, bei Diarrhöen der Phthisiker, bei nervösen Diarrhöen, bei Diarrhöe infolge von Infektionskrankheiten.

Sehr zweckmäßig ist auch das Tannalbin; es wird auch nicht durch den Magensaft zersetzt, sondern allmählich zerlegt von den alkalischen Darmsäften unter Freiwerden des Tannins; dieses langsame Freiwerden von Tannin bedingt seine Nützlichkeit insoferne, als seine Wirkung in den untersten Darmpartien hauptsächlich zur Geltung kommt.

Tannalbin ist von Gottlieb dargestellt worden aus Eiweiß und 50% Tannin. Es ist ein schwach gelbliches Pulver, völlig geschmacklos, welches durch hohe Temperatur erhitzt, gegen den Magensaft resistent gemacht wurde.

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

Auch das Tannoform wird bei akuten Magen- und Darmkatarrhen, bei akuter Enterokolitis, subakuten und chronischen Darmkatarrhen, Darmtuberkulose empfohlen. Die tanninhaltige Milchsomatose (mit 5% Tanningehalt) wird von Privatdozent A. Schmidt (aus der medizinischen Klinik in Bonn) als ein reizloses, leicht adstringierendes Nährpräparat gerühmt, welches bei Patienten mit geschwächten, resp. erkrankten Verdauungsorganen sich gut bewährt.

In neuester Zeit wurden die oben erwähnten Tannin-Eiweißverbindungen um ein neues Präparat dieser Art, das Turicin, vermehrt. Während in jenen das Tannin mit tierischem Eiweiß verbunden wurde, handelt es sich bei diesem neuen Präparat um eine chemische Verbindung des Tannins mit Eiweißkörpern des Pflanzeneiweißes, speziell mit Kleber, Gluten, der aus Zerealien gewonnen wird. Die Verbindung enthält in der Trockensubstanz rund 70% Gluten und 30% Gerbsäure. Turicin ist sehr resistent gegen Magensaft; einen weiteren Vorzug bildet sein hoher Aleuronat-, d. h. Glutengehalt. Das Mittel präsentiert sich als bräunliches, geruch- und geschmackloses Pulver. Es soll vollständig unschädlich sein auch in größeren Gaben und weder die Magen- noch die Darmschleimhaut reizen.

Die Dosierung des Turicins ist folgende: 0·5—1·0 für Erwachsene bei profuser Diarrhöe und 0·25—0·5—1·0 für Kinder je nach Alter und Schwere des Falles. Das Turicin kann zwei- bis dreistündlich genommen werden; die Dosis pro die ist dementsprechend für Erwachsene 4—8 g, für Kinder 2—4 g.

Nach der Arbeit von S. Katzenelson-Lury*) ist die Ordination des Turicins im Kinderhospital Zürich folgende:

1. Rp. Turicin. pulv. } āā 0·2
Gummi arabic. pulv. }
M. f. p. Nr. XV.
D. S. Zweistündlich ein Pulver in Wasser zu nehmen.

2. Rp. Turicin. 4·0
Aq. dest. 60·0
M. D. S. Zweistündlich 5 g zu geben. Vor dem Eingeben ist die Mixtur zu schütteln.

3. Rp. Saccharini 0·01
Turicin. 4·0
Aq. dest. 60·0
M. D. S. Zweistündlich ein Teelöffel (umgeschüttelt) zu geben.

Vf. hat das Präparat in 25 Fällen erprobt und gefunden, daß das Turicin „ein ziemlich gutes, in mancher Beziehung sehr zu empfehlendes Präparat ist". Es hat sehr wichtige Vorzüge gegen Bismutose und andere Tanninpräparate, da es viel weniger von Magen- und Darmsaft angegriffen wird, als die ersteren. Diese Eigenschaft macht es zu einem sehr wirksamen Darmadstringens. — (Diss., Zürich 1905.)

Aethylmethylxanthin ist ein feines weißes Pulver von etwas fadem bitteren Nachgeschmack. Es ist in Wasser ziemlich schwer löslich und wird deshalb am besten als Pulver gegeben. Birk hat das Mittel geprüft (Dissertation, Halle 1905) und ist zu dem Schlusse gekommen, es bei kardialem Hydrops (am besten bei intakten Nieren) zu empfehlen. Er gab Dosen von $^1/_2$ g mehrmals täglich. Ueberall da dürfte es zu verordnen sein, wo die Herzdiuretika versagen und wo Diuretin ausgesetzt werden muß, weil die Nieren nicht mehr darauf reagieren, ferner da, wo die Nebenerscheinungen des Diuretins bedenklich in den Vordergrund treten.

Das Pyramidon und sein saures kampfersaures Salz mit einigen Beobachtungen ihrer Wirkung bei Phthisikern ist eine Arbeit aus der v. Mering'schen Klinik in Halle (Diss. 1905) von W. Ernst betitelt. Die Versuche des Vfs. haben ergeben, daß es gelegentlich (zwei Fälle) mit dem Pyramidon und seinem sauren kampfersauren Salz gelang, fast völlig normale Temperatur bei fiebernden Phthisikern herzustellen. Eine Temperaturherabsetzung um 1—2° als Wirkung der Mittel trat in dem größeren Teile der

*) Ueber die Verwendbarkeit einer chemischen Verbindung von Tannin mit Pflanzeneiweiß- des „Glutannols" sive „Turicins" bei Kinder-Gastroenteritis.

Digitized by Google

Fälle (7) ein. Selbst dieser geringe Erfolg wurde jedoch mehrfach vermißt (zwei Fälle). Die antihydrotische Wirkung des sauren kampfersauren Pyramidons blieb nur einmal aus. Fast in allen Fällen trat nach dem Pyramidon und seinem sauren kampfersauren Salz, besonders in der ersten Zeit, Hitzegefühl mit Schweißausbruch, Mattigkeit und Unbehagen, nicht selten mit Brechreiz und Erbrechen, auf. Der Appetit litt unter diesen Nebenwirkungen häufig nicht unerheblich. Einmal trat nach 0·3 g sauren kampfersauren Pyramidons Kollaps ein. Wiederholt weigerten sich wegen dieser Beschwerden Patienten, die Mittel weiter zu nehmen oder diese mußten im Interesse der Gesundheit der Kranken ausgesetzt werden. Mit einer Herabsetzung des Fiebers war keineswegs immer eine Besserung des Allgemeinbefindens verbunden, vor allem nicht wegen der Nebenwirkungen. Ein Rückgang oder gar eine Heilung des lokalen Krankheitsprozesses konnte am Ende der Beobachtungszeit in keinem Falle festgestellt werden.

Röpke resumiert seine **Erfahrungen über Griserin** folgenderweise: 1. Das Griserin ist in der Behandlung der Tuberkulose als „inneres Desinfektionsmittel" gänzlich unwirksam, da mit den beim Menschen anwendbaren Griserindosen eine desinfektorische Wirkung auf den tuberkulösen Krankheitsprozeß überhaupt nicht zu erzielen ist. 2. Das Griserin wirkt in der Behandlung der Lungentuberkulose direkt schädlich, indem es im Intestinaltraktus zu mehr oder weniger schweren Störungen führt, die die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen das Tuberkulosevirus herabsetzen müssen. 3. Aus ärztlichen und wirtschaftlichen Gründen ist die Anwendung des Griserins bei Tuberkulose entschieden zu verwerfen. — (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. IV, Heft 3, 1905.)

Unguentum plumbi Hebrae, die bei gewissen Ekzemformen so trefflich wirkende Salbe, wird am geschmeidigsten und haltbarsten, wenn man statt des vorgeschriebenen Ol. lini oder Ol. oliv. Oleum paraffini verwendet. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 8, 1905.)

Ueber die Wirkung einiger gechlorter Aikohole berichtet Dr. E. Frey im Archiv intern. de Pharmacodynamie et de Therapie Vol. XIII, pag. 445, 1905.)

Vf. hat das Chlorhydrat, das Butylchloralhydrat, das Chloreton und das Chloralacetonchloroform (Cloran) in ihrer Wirkungsweise verglichen. Die hypnotische Wirkung des Chloralhydrats setzt ziemlich spät ein, sie geht aber bald in vollständige Narkose über.

Nach Chloreton tritt nach geringer Gabe schon Schlaf ein; durch Vergrößerung der Dosen läßt sich eine Narkose nicht erreichen; dasselbe gilt für das schwer lösliche resorbierbare Cloran und auch für das Butylchloral. Beim Isopral ist dagegen die Narkose leichter zu erreichen.

Der Blutdruck wird durch alle diese Mittel mehr oder weniger herabgesetzt; die Atemfrequenz wird erniedrigt. Die Herabsetzung der Pulsfrequenz ist recht unbedeutend.

Chloreton und Isopral besitzen eine lokalanästhesierende Wirkung; bei den übrigen Mitteln ist diese Eigenschaft weniger deutlich entwickelt.

Das Isopral hat den weitesten Spielraum zwischen Dosis letalis und Dosis efficax sowie zwischen Dosis efficax und Dosis narcotica; es hat eine prompte Wirkung bei geringster Gefährlichkeit.

Das Dormiol kann nicht in so verschiedenen Dosen gereicht werden, ohne daß die Grenze der Ungefährlichkeit überschritten wird.

Das Cloran erreicht ebenfalls die Gabenbreite des Isopral nicht; wegen seiner Unlöslichkeit tritt seine Wirkung nur sehr langsam ein. Will man schnell Schlaf erzeugen, so wird man ein leicht lösliches, prompt wirkendes Schlafmittel geben, das Isopral.

Handelt es sich aber darum, den Schlaf zu verlängern bei zu frühem Erwachen, so wird man das spät wirkende Cloran anwenden können.

Digitized by Google

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Alcarnose. Zusammensetzung: Ein Nährmittel, welches sämtliche für den menschlichen Körper nötige Baustoffe enthält, mit Ausnahme von Fett. Eigenschaften: Wasserlösliches, hellbraunes Pulver von angenehmem Geschmack.

Extractum Hämoglobini spirituosum oder Solutio Hämoglobini der Ges. Sicco besteht aus: Hämoglobin 32, Spiritus 10 und Wasser bis zu 100.

Fortose ist ein neues Nährmittel, das im wesentlichen aus Fleisch hergestellte Hemialbumose enthält. Man verabreicht das von Brückner, Lampe & Co. (Berlin) hergestellte Präparat kaffeelöffelweise in Wasser, Bouillon, Milch, Tee etc.

Furunkulin (Furounculine). Zusammensetzung: Ein basisches Präparat aus Bierhefe. Anwendung: Bei Furunkulose, Verstopfungen, Darmkatarrh und Vaginalkatarrh.

Ichthoform. Zusammensetzung: Aus Ichthyol und Formaldehyd hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Schwarzbraunes, geschmack- und geruchloses, in Wasser unlösliches Pulver. Anwendung: Als Darmantiseptikum bei Darmkatarrhen in Dosen von 1—2·0 mehrmals täglich (Kindern 0·25—0·5).

Pesotta-Pillen der Sicco-Gesellschaft in Berlin enthalten Kalium ovo-elainicum. Sie sind mit Kakao überzogen und werden gegen Sodbrennen empfohlen.

Plasmon. Zusammensetzung: Ein aus den Eiweißkörpern der Magermilch dargestelltes Produkt. Laut Analyse von Mansfeld enthält Plasmon (Siebolds Milcheiweiß) in 100 Teilen: Wasser 12·39, Mineralstoffe 7·5 (darunter 2·87% Phosphorsäure), freies Fett 0·28, durch Alkali verseiftes Fett 1·82, Kaseïn 74·92, Milchzucker 1·82%. Eigenschaften: Schwach gelbliches, griesartiges, geruch- und geschmackloses Pulver, in Wasser zu einer gallertartigen Flüssigkeit aufquellend. Anwendung: Als Stickstoff ansetzendes Nährpräparat.

Prophylactol. 10—20%ige Albarginlösung mit 20% Glyzerin. Anwendung: Gegen Darmerkrankungen. — (Pharm. Post.)

Roborin. Zusammensetzung: Ein Blutalbuminpräparat, welches nach Angabe der Fabrikanten enthalten soll: 4·5% Kohlenstoff, 6·43% Wasserstoff, 12·8% Stickstoff (entsprechend 80% Eiweiß) und 0·49% Eisenoxyd in leicht resorbierbarer Verbindung. Eigenschaften: Schwarzes, in Wasser unlösliches, fast geschmack- und geruchloses Pulver. Anwendung: Als diätetisches Präparat bei mangelhaften Ernährungszuständen, Anämie und Chlorose etc.

Scavuline. Zusammensetzung: Ueberzuckerte Abführpillen, welche als wirksame Substanzen enthalten: Phenolphthaleïn, Extr. Cascarae Sagradae und Extr. Rhei comp. je 0·05 g. — (Ph. Ztg.)

Spinol (Spinoferrin). Zusammensetzung: Nach Aufrecht: Wasser 4·76, Stickstoffsubstanz 18·62, stickstoffreie Substanz 41·09, ätherlösliche Substanz 4·08, Mineralsalze 31·45, Phosphorsäure 3·63, organisch gebundenes Eisen 2·57, Natron 13·14%. Eigenschaften: Bräunlichgrünes, amorphes, in den gewöhnlichen Lösungsmitteln fast unlösliches Pulver von eigenartigem, spinatartigen Geruch und bittersalzigem Geschmack. Anwendung: Es kommt außer dem pulverförmigen, für die Rezeptur bestimmten Spinoferrin noch ein flüssiges, vermischtes, in den Handel. Von diesem werden mehrmals täglich 5—20 Tropfen als natürliches Eisenmittel bei Anämie der Kinder genommen. — (Riedels Berichte.)

(Fortsetzung folgt.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Clavin ist ein neuer, von Jakoby isolierter, wasserlöslicher Mutterkornbestandteil, welcher angeblich kräftige wehenerzeugende Wirkung besitzen soll, ohne Krämpfe oder Gangrän hervorzurufen. Clavin wird von E. Merck in Darmstadt in Tablettform in den Handel gebracht, und zwar als: 1. Kochsalzclavintabletten, bestehend aus Clavin 0·02 und Kochsalz 0·08, in 1 cm^3 Wasser löslich, für subkutane Injektion; 2. Clavintabletten aus Zucker, ebenfalls 0·02 Clavin enthaltend, für innerliche Verabreichung bestimmt. — (Pharm. Post.)

Digitized by Google

Menthussin besteht nach Angabe des Darstellers „Sicco", G. m. b. H. in Berlin, aus den gezuckerten Fluidextrakten von Mentha und Thymus sowie Tolubalsamsirup. Anwendung: Gegen Keuchhusten.

Plantal enthält nach der Angabe des Darstellers Dr. H. Brackebusch (Berlin) neben anderem weinsaures und zitronensaures Alkali sowie die entsprechenden freien Säuren. Anwendung: Gegen Gicht, Gallensteine und Zuckerkrankheit. — (Ph. Z.-H. 1905.)

Russisches Sanatogen ist ein Gemisch von Vaselin und Kalkphosphat, aber kein Sanatogen.

Salizylsäureglyzerinformalester wird von der Firma: Chemische Fabrik auf Aktien, vorm. E. Schering, in Berlin in den Handel gebracht. Es stellt eine ölige Flüssigkeit dar. Antirheumatikum.

Santalsol ist ein wasserlösliches Extrakt, das die wirksamen Bestandteile von Sandelöl, Kubeben, Piment, Kopaiva- und Perubalsam sowie Buccoblättern enthalten und in Dosen von 2—4 Eßlöffel bei Erkrankungen des Urogenitalapparats Anwendung finden soll. — (Pharm. Post.)

Santyl, der neutrale Salizylester des Santalols, ist eine fast geruch- und geschmacklose Flüssigkeit. Bei akuter Gonorrhöe dreimal täglich 30 Tropfen in Milch genommen, wirkt es wie reines Sandelöl. Es kommt lose und in Gelatinekapseln in den Handel. Fabrikant: Knoll & Cie., Ludwigshafen a. Rh. — (Ph. Z.-H. 1905.)

Saparoform von Beysen in Berlin ist eine 3—5%ige Paraformseifenlösung (aus Kaliseife), die mit verschiedenen Arzneimitteln versetzt in den Handel kommt (Thymol-, Kreosot-, Menthol-, Kampfer- und Myrrha-Saparoform). — (Pharm. Post.)

Silin. Zusammensetzung: Hexamethylentetraminum citro-silicicum. Das Präparat kommt in Form eines Mineralwassers als Silin-Brunnen in den Handel, welcher im Liter enthält: Silin 3, Chlornatrium 8, Natriumkarbonat 2, Kalziumkarbonat 2, Magnesiumsulfat 0·5, freie Kohlensäure 4·5. Anwendung: Täglich eine halbe Flasche nüchtern gegen harnsaure Diathese zu trinken. — (Riedels Berichte.)

Therapogen von Apoth. Doenhardt in Köln ist ein wasserlösliches Antiseptikum; zur Wundbehandlung in 3%igen Lösungen.

Thymylum trichloraceticum besteht aus molekularen Mengen von Trichloressigsäure und Thymol. Es bildet eine in Wasser unlösliche, in Aether und Weingeist leicht lösliche Kristallmasse, die als ätzendes Antiseptikum Verwendung findet. — (Pharm. Post.)

Trisphenamin ist ein Gemisch aus 2·6 g Phenocoll. pur., 1 g Phenocoll. salicyl. und 4 g Phenocoll. acet. Findet Anwendung als Antirheumatikum und Febrifugum.

Uricedin Stroschein ist ein Gemenge aus Natriumsulfat, Chlorid und Citrat mit Lithiumcitrat, das bei Gicht und Rheumatismus gegen harnsaure Diathese Verwendung findet.

Urogosan wird von der Firma J. D. Riedel (Berlin) in den Handel gebracht und besteht aus einer Mischung von Gonosan mit Hexamethylentetramin in Gelatinekapseln.

Urol ist chinasaurer Harnstoff und findet Anwendung bei harnsaurer Diathese und Folgezuständen. (Fortsetzung folgt.)

Salben.

Anaspalin ist nach einigen Autoren ein Gemisch aus Lanolin und Vaselin, nach anderen unreines Wollfett.

Anodynicum heißt eine Azetanilid enthaltende Lanolinsalbe.

Antirheumatin (Antirheumin, Fluorrheumin) ist eine Mischung von Fluorphenetol 1, Difluordiphenyl 4, Vaselin 10 und Wollfett 85. Findet Anwendung als Rheumatismussalbe.

Benguésbalsam = Menthol 10·0, Methylsalizylat 10·10, Lanolin 12·0.

Casanthrol ist ein Gemisch von Unguentum Caseïni mit 10% Extractum Lithanthracis und findet Anwendung bei Ekzem und Prurigo (bildet auf der Haut einen elastischen Ueberzug).

Dermol ist ein Gemisch von Chrysarobin mit Wismuthydroxyd. — Bildet ein

Digitized by Google

amorphes, gelbes Pulver von neutraler Reaktion und findet Anwendung zu Salben gegen Hautleiden.

Dermosapol. Zusammensetzung: Nach Rhoden: Mit einem Lebertran-Seifen-Balsam als Grundlage hergestellte Präparate, welche als wirksame Substanzen Perubalsam, resp. Jodkali, Jodeisen, Formalin, Kreosot oder Thiokol enthalten. — Anwendung: Zu Einreibungen, wie sie mit grauer Salbe vorgenommen werden. — (Riedels Berichte.)

Ernol. Zusammensetzung: Hellbraune, halbflüssige Salbe, Schmieröl mit 1·1% Menthol, 1·33% Borsäure, 0·85% Phenol und geringen Mengen Ichthyol. Anwendung: Als Frostsalbe.

Exudol heißt eine aus Ichthyol, Schmierseife und schmerzlindernden Drogen bestehende Salbe und wird als Mittel gegen Hautleiden empfohlen.

Fetrosal. Eine reizlose, leicht resorbierbare Salizylsalbe, die bei Ischias, Neuralgie etc. indiziert ist.

Idonaftan ist ein jodhaltiges Naphthaprodukt, in welchem das Jod zu 3% „in aufgeschlossener Form" enthalten ist. Präsentiert sich als schwarze, nicht unangenehm riechende Salbe und findet Anwendung in der dermatologischen Praxis.

Kaseinsalbe enthält: Kasein 14, Aetzalkalien 0·43 (4 Kali : 1 Natron), Glyzerin 7·0, Vaselin. amer. 21·0, Zinc. oxydat. 0·5, Acid. carbol. 0·5, Aq. dest. 100. — Bildet eine weiße, dicke Emulsion, die beim Erwärmen kein Fett abscheidet und als Vehikel für Teer und Balsame (auf der Haut zu einer elastischen Schicht eintrocknend) benutzt wird.

Klempers Salizyltalg = Gemisch aus 96 Hammeltalg, 2·5 Salizylsäure und 1·5 Benzoesäure.

Lanesin ist Wollfett mit Zusatz von essigsaurer Tonerde. Findet Anwendung gegen Insektenstiche.

Lysulfol. Zusammensetzung: Wird als chemische Verbindung von Lysol mit Schwefel beschrieben. Eigenschaften: Mindestens 10% Schwefel enthaltende, dicke, schwarze Flüssigkeit von Salbenkonsistenz. Anwendung: Gegen Pityriasis, Finne, Schuppenflechte, Juckflechte und andere Hautleiden, entweder unvermischt oder bei empfindlicher Haut mit Glyzerin verdünnt abends einzureiben und morgens abzuwaschen. — (Riedels Berichte.)

Merkurkolloid (Unguentum Hygroli) ist eine Quecksilbersalbe aus kolloidalem Quecksilber (Hyrgol).

Phenopast. Zusammensetzung: Eine 50% Karbolsäure enthaltende Masse, in welcher die Karbolsäure durch Zusatz einer indifferenten, neutralen Seife in salbenartige Form gebracht ist. Eigenschaften: Salbenartige Masse, in Tuben gefüllt. Anwendung: Wie Karbolsäure. — (Riedels Berichte.)

Prävalidinsalbe enthält Perkutilan, 10% Kampfer, Perubalsam, Eukalyptus- und Rosmarinöl und wird gegen Lungentuberkulose angewandt.

Psorialan entsteht durch mehrstündiges Einwirken von Margarinsäure auf gelbes Quecksilberoxyd bei 180°. Rosafarbener salbenartiger Körper von angenehmem Geruch. Anwendung: Bei verschiedenen Hautkrankheiten, Blut- und Unterschenkelgeschwüren, Furunkeln etc.

Ruskol ist eine Wismut-Birkenteersalbe.

Salbenstifte. Zusammensetzung: Aus Paraffin 10, Ol. Olivarium 10 und Ol. Cacao 70, neuerdings auch mit Wollfett unter Zusatz von Arzneistoffen bereitete Stifte. Gebräuchlich sind unter anderen: Chrysarobinsalbenstift mit 10% Chrysarobin, Salizylsalbenstift mit 20% Salizylsäure, Chrysarobin-Salizylsalbenstift, Sublimatsalbenstift 1%ig, Sublimat-Salizylsalbenstift etc. Anwendung: Zur Behandlung zirkumskripter Hautkrankheiten. — (Riedels Berichte.)

Sanal heißt eine aus Lithargyrum, Bolus rubr., Lap. Calamin., Bals. Peruvian., Cera flava und Vaseline bestehende Salbe.

Sphagnol (Corbaöl). Zusammensetzung: Hauptsächlich aus Benzol, Anthrazen, Naphtha, Phenol und Kresolen bestehendes Destillationsprodukt aus Torf respektive Braunkohle. Eigenschaften: Schwarze, unangenehm riechende, bei 37° schmelzende Salbe. Anwendung: Bei Skabies, Ekzem und Brandwunden. Es kommt schweres Sphagnol, bestehend aus

Digitized by Google

dem naturellen Destillationsprodukt, und Sphagnolum turbidum, bestehend aus Sphagnol, welchem die Paraffine entzogen sind, sowie ein Unguentum Sphagnoli 10% in den Handel. — (Riedels Berichte.)

Unguentum Argenti colloidalis Credé = Argenti colloidalis 15·0, Adipis 85·0, Cerae flavae 10·0, Aetheris benzoati q. s.

Unguentum Formentoli Bernatzik. Eine 5—10% Formaldehyd und etwas Menthol enthaltende Glyzerin-Stärkesalbe.

Unguentum Sanitas ist eine gelbe Vaselinsalbe, welche ozonisiertes Terpentinöl enthalten soll und gegen Hautleiden Anwendung findet.

Valvin von Apotheker Lackmeier in Köln ist eine durch Emulgierung einer ätherischen Silizilium-Cerotinmasse hergestellte Kreme, die gegen Ekzeme sowie zum Schutz gegen Infektion bei Operationen empfohlen wird. — (Pharm. Post 1905.)

Vasenol. Zusammensetzung: Eine wasserhaltige Vaselineart von großer Resorptionsfähigkeit. Anwendung: Zur Massage sowie als Vehikel zur Herstellung von Salben, Pasten und Creams, auch direkt als Hautsalbe. — Vasenolum liquidum ist eine neutrale, weiße Paraffinölemulsion mit $33^1/_3$% Wassergehalt. Verwendung bei Verbrennungen, Hautleiden, sowie als Vehikel für Salben und Pasten. — Vasenolpuder (Pulvis Vasenoli) ist ein 10% Vasenol sowie Zinkoxyd enthaltender Fettpuder. Mit Zusatz einer „Vasenolformaldehydsalizylsäureverbindung" kommt das Pulver als „antiseptischer Vasenolpuder" in den Handel. — Vasenolum mercuriale ist eine $33^1/_3$% Quecksilber enthaltende Salbe, die auch rot gefärbt mit dem Beinamen „roseum" in den Handel kommt.

Vasopolentum ist ein Olein-Paraffin. Findet Anwendung in fester Form (spissum) als Salbengrundlage, in flüssiger Form (liquidum) als Lösungsmittel für viele Arzneisubstanzen. Das erstere kommt auch mit Quecksilber verrieben in den Handel.

Vulneral ist ein Präparat, welches Borsäure, Aluminiumazetat, Zinkoxyd, Myrrhe, Kampfer, Vaseline und Lanolin enthält. (Fortsetzung folgt.)

b) Diätetische Präparate.

Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung kommt nach A. Rahn (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 3, 1906) in Betracht: a) als Dauernahrung bei gesunden Säuglingen vom zweiten bis dritten Monat ab; b) als Beikost bei ungenügender Muttermilch und gelegentlich bei Ablaktation; c) bei jeder Art von Magen- und Darmstörung; d) bei Brechdurchfall; e) bei Unterernährung falsch und fahrlässig genährter Kinder; f) bei Rhachitis.

Dr. Theinhardts Hygiama kommt nach demselben Autor in Betracht: a) als Kräftigungsmittel für Rekonvaleszenten; b) als vorwiegende Nahrung für Magen- und Darmkranke; c) als reizlose Kost bei Albuminurie und Nephritis, bei Neurasthenie und Epilepsie; d) als schonende, leicht verdauliche und anregende Kost bei fieberhaften Krankheiten, vor allem Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Puerperalfieber; e) als Gewohnheitsgetränk bei Magen- und Darmempfindlichkeit, bei Sports- und Geschäftsleuten und bei Schulkindern mit langen Schulvormittagen, bei Partien, Ausflügen, Bergtouren u. s. w.; f) als kühlendes Getränk bei Fieber und Rachenentzündungen; g) als Laktagogum bei stillenden Müttern; h) als Korrigens für Milch und dauernde Beihilfe bei Milchkuren.

2. Rezeptformeln.

Für die externe Applikation von Salizyl bei chronischen rheumatischen Erkrankungen der Kinder empfiehlt Pribram folgende Formeln:

1. 10% Salizylvasogen oder 10% Ichthyolvasogen; oder

2. Rp. Acid. salicylic. 10·0
Alcohol. 50·0
Ol. Ricini 100·0

M. D. S. Ein Kaffeelöffel der Mischung einige Minuten einzureiben, hierauf Guttaperchapapier, Watteverband; oder

Digitized by Google

3. Rp. Methyl. salicylic. 10·0
Collod. elastic. 6·0
Mentholspiritus 5·0 (eventuell auch unverdünnt.) D. S. Aeußerlich.

Enteritis chronica.

Rp. Resorcin. 2·5
Bismuth. salicyl. } āā 5·0
Benzonaphthol. }
Calc. carbon. 15·0
Natr. bicarb. 6·0
Magn. ust. 5·0
M. D. S. Dreimal täglich einen halben bis einen Kaffeelöffel voll vor der Mahlzeit zu nehmen.

Gegen Hämorrhoiden.

Rp. Extr. fluid. Hamamelis 5·0
Alypin 0·5
Airol 2·0
Vaselin. boric. } āā 10·0
Lanolin. }
M. f. ungt.

Für die mit Hämorrhoiden in Verbindung stehende Zystitis empfiehlt Arsène-Mesnard folgende Suppositorien:

Rp. Extr. Hamamel. virgin. 0·05
Orthoform 0·02—0·5
Cocain. hydrochlor. 0·03
Extr. Bellad. } āā 0·02
Extr. Opii }
Butyr. cacao 0·4
M. f. suppos.

Juckstillende Salbe.

Rp. Menthol. 0·25—1·0
Ol. oliv. 3·0
Bromocoll. solub. 5·0
Hydrarg. bichlorat. 0·05
Acid. carbol. liquef. 2·0
Pastae zinci c.
Fetron paratae ad 50·0
S. Aeußerlich. — (Unna-Saalfeld.)

Neurasthenie mit Schmerzhaftigkeit der einzelnen Nervenpunkte.

Rp. Tinct. Valer. aeth. } āā 5·0
Tinct. Castorei }
Tinct. Aconiti }
D. S. Zweistündlich 12—15 Tropfen.

Melancholie, Depressionszustände, nervöse Herzschmerzen.

Rp. Tinct. Valer. aeth. } āā 10·0
Tinct. Castorei }
D. S. Dreistündlich 20 Tropfen.

3. Behandlungsmethoden.

Zweckentsprechende Abführmittel sind nach Chr. Jürgensen Zubereitungen, welche weniger als Purgantia oder Drastika wirken, sondern vielmehr nur eine Erleichterung der natürlichen Funktion herbeiführen. Vf. hält die regelmäßige Anwendung der medikamentösen Abführmittel geradezu für einen Mißbrauch und empfiehlt folgende drei Teemischungen:

1. Flor. Tiliae
Flor. Sambuci
Flor. Camom.
Herba Menth. pip.
Rhiz. Valerianae } āā p. aequ.

2. Flor. Arnicae
Flor. Verbasci
Flor. Camom.
Herba Menth. pip.
Rhiz. Valerianae } āā p. aequ.

3. Flor. Arnicae
Flor. Verbasci
Herb. Rosmarini
Rad. Bardanae
Rad. Liquiritiae } āā q. aequ.

Von diesen Mischungen sind 2 Eßlöffel, eventuell etwas mehr oder weniger, mit 2 Tassen kochenden Wassers zu infundieren und eine Viertelstunde gut zugedeckt stehen zu lassen; der Abguß ist in zwei gleich großen Portionen mit einer Viertelstunde Zwischenzeit bei nüchternem Magen (gewöhnlich warm) zu nehmen. Erste Mahlzeit zirka eine halbe Stunde später. Die abführende Wirkung der einzelnen Teemischung entspricht ihrer Numerierung. Nr. 1 ist die schwächste Mischung. Andere erprobte Vorschriften sind folgende:

Cort. Frangulae conc. 30 g werden mit 250 g Wasser auf zirka 125 g eingekocht (zirka 15 Minuten). Das abgegossene Dekokt wird beim Zubettgehen gereicht. Nur in Fällen, wo Patient besonders auf die tägliche Verwendung besteht, jeden Abend, sonst nur jeden

Digitized by Google

zweiten, resp. dritten Abend. Mit 1—2 Eßlöffel anfangend wird ausprobiert, wieviel gebraucht wird, um am nächsten Morgen einen ruhigen, geformten (ergiebigen) Stuhl zu haben.

Follikuli Sennae wurden vom Vf. ebenfalls mit gutem Erfolg angewendet, am besten in kalt zubereitetem Auszuge. 6—8—10 Stück solcher Schoten werden mit einem halben Glas kalten Wassers 12 Stunden hingestellt; die abgegossene Flüssigkeit ist abends auf einmal zu nehmen. — (Pharm. Ztg. Nr. 97, 1905.)

Gegen Oxyuris vermicularis.

Diese schwer zu vertreibenden und wegen ihres anämisierenden Einflusses einer erhöhten Beachtung würdigen Parasiten empfiehlt Rahn (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16, 1905) das Gujasanol. Der Mastdarm wird mit warmer Seifenlösung aus- und mit 4—5%iger Gujasanollösung nachgespült. Die Lösung soll zurückbehalten werden und ist an drei Tagen vorzunehmen. Bei Kindern nimmt man halb so starke Lösungen.

Obst bei Harnsäurediathese.

Smith Jerome hat durch zahlreiche Harnsäurebestimmungen nachweisen können, daß Genuß frischen Obstes einen günstigen Einfluß auf die harnsaure Diathese ausübt, wahrscheinlich durch Herabminderung der Azidität des Harnes. Obstkonserven haben diesen Einfluß nicht. — (Lancet, 1905.)

Innerliche Behandlung der senilen Gangrän.

In den Anfangsstadien, wenn eine Besserung noch möglich erscheint, wird in erster Linie dem Kranken absolute Ruhe empfohlen. Das erkrankte Glied wird in Watte gewickelt, und man verordnet einerseits gefäßerweiternde Mittel, anderseits Herztonika. Zu diesem Zwecke gibt man Jodkali 4·0 : 300·0 Aqu. 2mal täglich 1 Eßlöffel voll zu nehmen, gleichzeitig Theobromin in Tagesdosen von 0·6. Theobromin ist nicht nur ein Herztonikum, sondern auch ein wirksames Diuretikum, wodurch die Ausscheidung der Toxine begünstigt wird. Diese Behandlung wird 20 Tage lang fortgesetzt; darauf läßt man den Kranken 10 Tage lang Nitroglyzerin nehmen:

Rp. Solut. Nitroglycerin. 1% Gtts. XL
Spartein. sulfuric. 1·0
Aqu. dest. 360·0
M. D. S. 3 Teelöffel täglich.

Man kann auch geben:

Rp. Natr. nitr. 2·0
Natr. bicarbon.
Kal. nitric. āā 10·0
Aqu. dest. 300·0
M. D. S. dreimal täglich 1 Teelöffel.

Ist die Gangrän bereits ausgebrochen, so tut man gut, diese Behandlung fortzusetzen; gleichzeitig ist die kranke Stelle antiseptisch zu behandeln. Am besten eignen sich nach Huchard Lotionen mit Kal. hypermang. 1 : 1000 mit darauffolgendem feuchten Verband mit frisch bereiteter Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 16, 1905.)

Ueber den therapeutischen Wert des Urotropins, mit besonderer Berücksichtigung der Nephritis bei Scharlach und anderen Infektionskrankheiten berichtet J. Conrath in seiner Dissertation (Straßburg 1904). Von der Steigerung der Diurese abgesehen, hat er in den Versuchsfällen keine namhaften auf Rechnung des Urotropins zu setzenden Heilerfolge erzielt gegenüber den in den Vorjahren ohne Urotropin nach den gewöhnlichen Vorschriften der Diätetik behandelten Fällen. „Nur der Charakter der jeweiligen Epidemie spielt in der Häufigkeitsskala der Scharlachnephritis die ausschlaggebende Rolle."

Keuchhustentherapie.

Folgende Mixtur hat sich nach Wiesner als gutes Keuchhustenmittel erwiesen:

Rp. Veronali, Antipyrini āā 1·0
Aqu. dest. 100·0
Syr. Cinnamom. 20·0

M. D. S. Früh morgens und mittags je ein Teelöffel voll, außerdem eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen und beim

Digitized by Google

Schlafengehen wieder je ein Teelöffel voll zu nehmen. Bei Kindern über 3—4 Jahre scheinen größere Gaben von Veronal (1·5—2·0) in obiger Mixtur am Platze. — (Pharm.-Ztg., Nr. 98, 1905.)

Chininum sulfuricum als wehenverstärkendes Mittel.

Nach Bäcker ist es zweifellos, daß das Chininum sulfuricum Uteruskontraktionen hervorruft; das Mittel ist besonders geeignet, bereits vorhandene Wehen zu verstärken. Sein Vorteil gegenüber den Sekalepräparaten besteht darin, daß es eine regelrechte Uterustätigkeit erzeugt, kräftige Kontraktionen und entsprechende Pausen. Nur große Gaben sind wirksam; am besten werden in kurzen Intervallen 2—3mal 0·5 g gegeben. Die Wirkungsweise des Mittels ist noch nicht geklärt; es scheint sich aber um eine zentrale Wirkung zu handeln. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 11, 1905.)

Zur Technik der Atoxylinjektionen macht Max Pickardt (Die ärztliche Praxis Nr. 12, 1905) einige bemerkenswerte Mitteilungen. Zur Bekämpfung der bei Atoxyleinspritzungen bisweilen auftretenden Schmerzen verfährt er folgendermaßen: Er zieht die Pravaz'sche Spritze aus der erwärmten 20%igen Atoxyllösung bis etwa 0·7 oder 0·8 cm³ voll und zieht dann den Rest des Kolbens aus einer 1·5%igen Solutio Eucain. muriat. oder lact. auf. Wenn man sehr langsam und ruhig dabei verfährt, mischen sich die beiden Flüssigkeit nicht. Dann wird, am besten in die Glutäen, sonst in den Oberarm, schnell möglichst senkrecht eingestochen, wie bei Sublimatinjektionen, der Stempel gedrückt, bis die Eukainlösung abgeschlossen ist, eine halbe Minute gewartet und dann erst in zwei bis drei Absätzen die Atoxyllösung eingespritzt. Dann wird weder sogleich noch später auch nur eine Spur Schmerz geklagt. Im Interesse der Verbreitung der wirklich wertvollen Atoxyltherapie macht Vf. auf diese unschuldige Modifikation aufmerksam.

In einer sehr bemerkenswerten Publikation weist der auf dem Gebiete der Magen- und Darmpathologie rühmlichst bekannte New-Yorker Arzt Dr. S. J. Meltzer auf **die hemmenden und anästhesierenden Eigenschaften der Magnesiumsalze** hin. Es verbietet sich, in diesem dem Praktiker dienenden Zentralblatt die theoretischen Grundlagen der Meltzer'schen Arbeit zu referieren. Es sei nur darauf hingewiesen, daß es sich um praktische Verwertung der bei der Untersuchung über die hemmende Wirkung der Magnesiumsalze gefundenen Tatsachen handelt.

Wenn man für jede 12 kg Körpergewicht 1 cm³ einer 25%igen sterilen Lösung von Magnesium sulfuricum intraspinal einspritzt, so darf man erwarten, daß nach etwa 3 oder 4 Stunden eine Lähmung der Beine und der Beckengegend eintreten wird, begleitet von einer Analgesie, welche erlaubt, irgend eine Operation in den gedachten Regionen auszuführen. Wird eine größere Dose eingespritzt, etwa 1 cm³ der 25%igen Lösung auf jede 10 oder 9 kg Körpergewicht, so kann man an den unteren Extremitäten vielleicht schon nach einer Stunde operieren und nach 3—4 Stunden könnte man auch an höher gelegenen Körperteilen ohne Zuhilfenahme von Chloroform operieren. Nach seinen bisherigen Erfahrungen empfiehlt jedoch Vf., nicht auf dieses Stadium zu warten. Eher solle man bereits nach 2 Stunden mit Zuhilfenahme von ein wenig Chloroform operieren. Der Operation soll sofort eine Lumbalpunktion folgen, wobei zunächst eine Menge Spinalflüssigkeit abgelassen werden soll, die der Menge der eingespritzten Lösung des Magnesiumsalzes entspricht, daraufhin soll man mit steriler Kochsalzlösung den Kanal mehrfach irrigieren und zuletzt eine entsprechende Menge solcher Kochsalzlösung im Spinalkanal lassen.

Vf. bezeichnet es mit Recht als eine wissenschaftlich bedeutsame Beobachtung, daß durch die alleinige intraspinale Einspritzung einer Bittersalzlösung eine sehr tiefe, langdauernde, allgemeine Anästhesie bewirkt wurde. Einige Fälle werden vom Vf. berichtet, wo die praktische Nutzanwendung dieser neuen Tatsache bei abdominellen Operationen mit großem Erfolg gezogen wurden. Es empfiehlt sich natürlich, erst Nachprüfungen dieser

Digitized by Google

neuen Methode den großen Kliniken zu überlassen.

Zum Schluß berichtet Vf. über die Heilung eines Tetanus durch intraspinale Magnesiumsulfateinspritzungen bei einem Fall, der sich gegen jede andere Therapie refraktär verhalten hatte. — — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Bücher-Anzeigen.*)

Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren. Von W. Preyer. 6. Auflage. Nach dem Tode des Vfs. bearbeitet und herausgegeben von Karl L. Schaefer. Leipzig 1905. Th. Griebens Verlag (L. Fernau).

Schaefer, der nach dem Tode Preyers die 5. Auflage der „Seele des Kindes" besorgt hatte, ließ auch in der vorliegenden 6. Auflage Form und Einteilung des Stoffes unverändert und hat in verdienstvoller Weise die durch die fortschreitende Wissenschaft neu erkannten Tatsachen verwertet. Der Leser ist gebannt durch die unerschöpfliche Fülle von Beobachtungen, die Gelehrtenfleiß in diesem Buche niedergelegt hat. Preyer hat durch täglich dreimalige Beschäftigung mit seinem eigenen Kinde von dessen Geburt bis zum vollendeten dritten Lebensjahr und durch genaue Registrierung des täglich neu Gesehenen in der Entwicklung des Kindes ein einzig dastehendes Material gesammelt und als chronologisches Verzeichnis psychogenetischer Beobachtungen wiedergegeben; dies wurde noch bereichert durch kritische Verwertung alles sonst Bekannten und, was von höchster Bedeutung ist, durch vergleichende Untersuchungen an jungen Tieren.

Der erste Teil des Buches handelt über die Entwicklung der Sinne und Gefühle. Gemäß der zeitlichen Ausbildung der Nervenleitungen, welche die Sinnesorgane mit der Großhirnrinde in Verbindung setzen, sind die Körpergefühle mit dem Tastsinn zuerst entwickelt; die Hautsinnesnerven des Kindes sind schon vor der Geburt durch häufige Kindsbewegungen erregt worden.

Lichtempfindlichkeit ist beim Neugeborenen sofort bis wenige Minuten (selten Stunden) nach der Geburt vorhanden in der Art, daß hell und dunkel unterschieden wird und die Pupillen auf Lichteinfall reagieren (also ein angeborener Reflex!). Die Erkennung der Grundfarben, nicht nur als Helligkeitsunterschied, sondern als Farbe, ist viel früher vorhanden, als die richtige Bezeichnung der einzelnen Farben, die zuerst für Gelb, dann für Rot eintritt und beim normalen Kind im vierten Jahre regelmäßig zu finden ist.

Der Lidschlag beim Kinde ist eine reflektorische Abwehrbewegung, welche erst eintritt, wenn das Kind die Erfahrung gemacht hat, daß die Berührung der Wimpern oder Hornhaut — z. B. Benetzung im Bade — unangenehme Gefühle hervorruft; desgleichen wirkt auch die Bewegung eines Gegenstandes (Hand) gegen das Auge in diesem Sinne erst dann, wenn das Kind Unterscheidungen im Gesichtsfeld gelernt hat.

Die Bewegungen des Auges sind beim Neugeborenen nicht genau koordiniert und nicht assoziiert, ferner unwillkürlich, zwecklos, d. h. ohne Fixation; erst kommt die Wendung des Kopfes nach dem Objekt, dann die Blickrichtung bei ruhendem Kopf, schließlich die bleibende Fähigkeit, das Objekt zu fixieren. Die Schätzung von Distanzen, die Kenntnis des Abstandes zweier Dinge bleibt lange unmöglich, dann mangelhaft. Oft gesehene Bilder bekannter Dinge (Saugflasche) oder Personen (Mutter) erkennt das Kind früh wieder.

Der Mangel an Luft in der Tube und im Mittelohr, sowie der Verschluß des äußeren Gehörganges durch Aneinanderliegen seiner Wände bedingen vor allem die Taubheit des Neugeborenen; wenn infolge dieser Verhältnisse die Reife des Gehörsinnes natürlich sehr ungleich ist, so reagieren doch die meisten Neugeborenen am ersten oder zweiten Tage auf starken Schall mit Zeichen des Erschreckens (Augenlidbewegung etc.). Nach einigen Monaten erst werden Schall-

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

differenzen als hohe und tiefe Töne unterschieden, im zweiten und dritten Monat die Schallrichtung. Das Gehör neugeborener Hühnchen und vieler Säugetiere ist dem des Menschen bedeutend überlegen.

Die Haut ist sowohl gegen Temperatur, wie gegen Schmerz unterempfindlich; dies ist begründet durch die noch unvollkommene Ausbildung des empfindenden Gehirns; die Temperaturempfindung wird besonders durch das tägliche Bad entwickelt.

Der Geschmack ist von allen Sinnen am besten beim Neugeborenen ausgebildet, indem das Süße sofort von den anderen Geschmacksqualitäten unterschieden wird.

Sobald die Nase von Fruchtwasser frei und für Luft durchgängig ist, kann der Neugeborene riechen; nachdem auf Einatmen von Riechstoffen eine Reaktion erfolgt, ist der Beweis gegeben, daß auch die Riechnervenreflexbahn eine angeborene ist.

Das Gefühlsleben des Kindes in seiner ersten Lebensperiode ist nicht mannigfaltig; die Unlustgefühle sind besonders durch Hunger, nasses Liegen bedingt und äußern sich durch lautes durchdringendes Schreien, während die Lustgefühle besonders durch Aufhebung der die Unlustgefühle bedingenden Ursachen hervorgerufen werden, durch Sättigung, Wärme, Bad, Reinigung etc. und geäußert werden durch lebhafte Bewegungen der Extremitäten, erst nach dem sechsten Monat durch Lachen.

Aus der häufigen Wiederholung derselben Sinneserregung entwickelt sich das Gedächtnis für dieselben und für die dadurch geweckten Gemeingefühle, Lust- und Unlustgefühle, aus der Erinnerung an diese allmählich der Wille des Kindes. Der Entwicklung des Willens ist der zweite Teil des Buches gewidmet.

Zum Studium der Ausbildung des kindlichen Willens beobachtete P. die Muskelbewegungen des Neugeborenen und Säuglings; er unterscheidet impulsive, reflektorische, instinktive, schließlich gewollte Bewegungen.

Die impulsiven Bewegungen, wie sie auch das Ungeborene im Uterus ausführt, treten ohne periphere Erregung sensorischer Nerven auf; sie sind durch psychische Prozesse im Zentralorgan bedingt: dies sind die ziellosen, unzweckmäßigen Bewegungen der Extremitäten und die Grimassen; auf periphere Reize, Licht, Schall, Berührung antwortet das Kind mit reflektorischen Bewegungen; Saugen, Lachen sind instinktive Bewegungen, die auf sensorische Erregung eintreten, aber nicht reflexartig (z. B. das Picken des ganz jungen Hühnchens ist eine instinktive Bewegung). Alle diese Bewegungen sind angeboren.

Gewollte Bewegungen treten erst dann auf, wenn nach reiferer Entwicklung der Sinne Eindrücke gesammelt, verglichen und zu Vorstellungen verarbeitet werden können. Dies ist in der Regel nach dem ersten Vierteljahr der Fall. Durch häufige willkürliche Bewegungen lernt das Kind die hiezu zweckmäßigen Muskelgruppen zu vereinigen, bezw. zu trennen, an welcher Tätigkeit die Beteiligung des Intellekts erstmalig sich erkennen läßt, der weiterhin an der Ausführung z. B. der Kinderkunststücke zutage tritt. In der willkürlichen Tätigkeit der Muskulatur, in der feinen Abstufung der Bewegungen als Reaktion des Willens auf Vorstellungen liegt der Beginn des Lernens.

Muskel- und Gelenkempfindungen sind vorgebildet (Kindsbewegungen), bilden sich dann weiter aus und sind zu einer zielbewußten Muskeltätigkeit, die allein der Wille beeinflussen kann, notwendig; zur weiteren Ausbildung der Willenstätigkeit wirken fernerhin die Fähigkeit willkürlicher Hemmung und die Aufmerksamkeit.

Willkürliche Hemmung kann nur eintreten, wenn gewollte Bewegungen möglich sind, ferner wenn das Kind sich über den Erfolg einer solchen Bewegung eine Vorstellung machen kann, so daß eventuell eine Erregung des Nichtwollens hieraus resultiert.

Die Aufmerksamkeit ist entweder durch starke Sinneseindrücke erzwungen oder willkürlich, dann aber immer mit einer gewollten Muskelbewegung verknüpft.

Die Schwäche des kindlichen Willens (Leichtgläubigkeit, Folgsamkeit, Willfährigkeit) ist ein wichtiges Moment für die Erziehung des Kindes, auf Grund deren der kindliche Wille gelenkt, der Gehorsam geübt, der Charakter gebildet werden kann.

Der dritte Teil des Werkes umfaßt die Entwicklung des Verstandes und der Sprache. Jede Sinneserregung, zuerst die Empfindungen des Geschmacks und Geruchs, hinterläßt im Zentralnervensystem Spuren,

Digitized by Google

die sich bei öfterer Wiederholung derselben Erregung tief einprägen und aus denen sich das Gedächtnis entwickelt. Sind diese Empfindungen verschiedener Art, so beginnt die erste primitivste Verstandestätigkeit, das Vergleichen. Durch Erregung mehrerer Nervenfasern erfolgt eine Vereinigung von Erinnerungsbildern und es entsteht der Begriff. Die Fähigkeit, Begriffe zu bilden, ist angeboren und einige von den ersten Begriffen (Nahrung, Brust) sind erblich, denn sie entstehen ungewollt, unbewußt bei jedem Menschen in derselben Weise. Es ist also der Verstand, d. h. die Anlage wahrzunehmen und Vorstellungen zu bilden, angeboren, und zwar entwickelt er sich unabhängig von der Sprache, lange vor den ersten Sprechversuchen.

Das Kind lernt sprechen, weil es denkt, und zwar entdeckt es, daß es infolge der angeborenen Fähigkeit, Sprechen zu lernen, durch Nachahmung gehörter Laute, d. h. deren Reproduktion, seine Vorstellungen kund tun kann. Deshalb übt es Sprechen ohne Unterricht, durch Nachahmung, wenn es unter sprechenden Menschen aufwächst. Fehlt das Gehör, so kann der Verstand, weil von der Sprache primär in seiner Entwicklung unabhängig, sich trotzdem hoch entwickeln, wenn für die Sprache die Erlernung geschriebener Zeichen tritt; letzteres, das Schreiben, lernt der Mensch, wie das Sprechen, auch durch Nachahmung, aber nur mit Unterricht. Das Kind kann noch nicht richtig sprechen, weil die Sprachwerkzeuge im weiteren Sinne nicht genug entwickelt sind; der Sprachkranke kann im Gegensatz hiezu nicht mehr richtig sprechen, weil jene Teile nicht mehr vollständig vorhanden oder funktionsunfähig sind: die Sprachstörungen der Erwachsenen finden ihr Gegenbild in der Sprachentwicklung des Kindes. Die Sprache selbst ist nicht vererbt: das Kind lernt jede Sprache, welche es zu hören bekommt; bekommt es keine zu hören (Taubheit), so lernt es nicht sprechen. Auch hieraus ist das Erlernen des Sprechens durch Nachahmung dargetan.

Das Ichgefühl des Kindes entwickelt sich durch Erfahrungen am eigenen Körper, durch Ausbildung des subjektiven Empfindens gegenüber den äußeren objektiven Eindrücken. Durch die Entwicklung dieses Ichgefühls und der Sprache erhebt sich der Mensch weit über das Tier, von dem ihn bei Beginn seines Lebens ein kaum erkennbarer Unterschied getrennt hat.

Vorstehende Bemerkungen und Leitsätze aus Preyers Werk vermögen nur einen schwachen Begriff von dem Reichtum an Gedanken, die in demselben niedergelegt sind, zu geben; Aerzte, Pädagogen, denkende Eltern, jeder gebildete Mensch, für den es Interesse hat, sich in die geistige Entwicklung des Kindes und dadurch seiner eigenen Kindheit zu versenken, jeder wird einen seltenen Genuß, reichste Anregung und Belehrung finden.

R., München.

Lehrbuch der inneren Medizin für Aerzte und Studierende. Von Dr. Georg Klemperer, Universitäts-Professor in Berlin. I. Band. Berlin 1905. Verlag von August Hirschwald. Preis 15 Mark. 282 Seiten.

Vorliegender erster Band enthält die ausführliche Besprechung der Krankheiten des Verdauungsapparats, des Harnapparats, der männlichen Geschlechtsorgane und im Anhang I Rezepte und Bäder, im Anhang II Medizinische Technik. Ein genaues Sachregister erleichtert die Orientierung.

„In diesem Buch sind die Kenntnisse niedergeschrieben, welche den Lernenden zur Ausübung ärztlicher Hilfe bei innerlich erkrankten Menschen befähigen sollen." Um die „Lernenden" hat Vf. rühmliche Verdienste. Seine Vorlesungen, die stets zu den frequentiertesten gehörten, seine in vielen Auflagen erschienene klinische Diagnostik machten ihn zu einem der beliebtesten Dozenten der Berliner Fakultät, zu einem der beliebtesten Berater der „Lernenden". Seinen Schülern und Zuhörern widmet er auch als Zeichen seines Dankes vorliegendes stattliches Werk, in welchem er das Hauptgewicht auf die ausführliche Beschreibung der Krankenbehandlung legt. Aber nicht nur der werdende Arzt, sondern mit nicht geringerem Gewinn und Genuß wird auch der in der Praxis stehende Kollege sich in das Studium dieses gründlichen, zuverlässigen Werkes vertiefen. Sein Stil ist ein klassischer, die Ausstattung vornehm. Wir werden nach Abschluß nochmals auf das Lehrbuch zurückkommen.

F. L.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Ueber Beziehungen der Hysterie zu chirurgischen Erkrankungen.

Von Prof. Dr. **Karewski** in Berlin.

Die beispiellose Entwicklung, welche Handel, Industrie und Wissenschaften im letzten Jahrhundert erfahren haben, der außerordentliche Wetteifer der Nationen, an der Spitze der Völkerschaften zu stehen, die Bestrebungen der einzelnen Bürger, sich in ihrer engeren Gemeinschaft den „Platz an der Sonne" zu sichern, haben alle Berufsstände, ja, man kann sagen, alle Menschen jeden Geschlechts und Alters zu einer hastenden, die Kräfte aufs äußerste anspannenden Betätigung ihrer Arbeitsleistungen angespornt, die nicht ohne Rückwirkung auf ihre körperliche Gesundheit, insbesondere aber auf ihr, die gesamten Lebensimpulse dirigierendes Nervensystem bleiben konnte. Wenn man unser Zeitalter mit Recht als das der Elektrizität und des Verkehres bezeichnet hat, indem man seine augenfälligsten Erscheinungen und Fortschritte zu seiner Charakterisierung hervorhob, so dürfen wir Aerzte, allerdings in einem minder günstigen Sinne, von einem „Zeitalter der Nervosität" sprechen.

Die gesteigerte Konkurrenz auf allen Gebieten des Könnens und Wissens erschwerte den Erwerb, die Verfeinerung der Zivilisation steigerte zugleich das Bedürfnis nach einer Verbesserung der Lebensführung auch bei denen, die nur an einfache Ansprüche gewöhnt waren. Der immer mehr sich ausdehnende maschinelle Betrieb vermehrte die Anstrengungen und Gefahren im Beruf der Arbeiter. Der berechtigte Wunsch nach wirtschaftlicher Unabhängigkeit führte auch das weibliche Geschlecht in die Reihen der ums tägliche Brot sich abmühenden Klassen. Und da man schon die Kinder für ihre sorgenvolle Zukunft gut und ausreichend vorbereiten wollte, wurden selbst den in den Anfängen des Lebens stehenden Wesen schwerere, all ihre zarte Individualität belastende Forderungen auferlegt. Während früher die „Nervosität" ein trauriges Vorrecht verwöhnter Frauen und der im Vollgenuß bevorzugter Existenzen lebenden Männer war, finden wir sie jetzt als ein Allgemeinleiden bei beiden Geschlechtern in allen Lebensaltern, in jeglichem Beruf. Sie ist aber besonders ausgeprägt da, wo das den modernen Weltanschauungen entsprechende Getriebe am lebhaftesten pulsiert, in den großen Verkehrszentren und in Fabriksorten, d. h. in den Großstädten.

Nervös wird der Geselle bei dem tosenden Geräusch des Dampfhammers und den sausenden Umdrehungen des Dynamos, der Zugführer auf der mit unheimlicher Schnelligkeit dahinfahrenden, tausende von Gefahren heraufbeschwörenden Lokomotive, nervös das gequälte Telephonfräulein, der die Priorität seiner Entdeckung erkämpfende Gelehrte, der verantwortliche Leiter staatlicher oder kommunaler Körperschaften, mehr oder minder jeder, der nicht in dem behaglichen Dusel des geborenen Phlegmatikers sein Dasein verbringt.

Die Neurasthenie und die Hysterie, wie wir wissenschaftlich den Symptomenkomplex der „Nervosität" bezeichnen, die erstere früher eine fast unbekannte, die andere eine, wie schon ihr Name sagt, nur bei geschlechtsreifen Frauen beobachtete Krankheit, gehören heute zu den alltäglichen Affektionen, mit denen der Praktiker sich zu befassen und gewissenhaft zu rechnen hat. Wir haben erfahren, daß das „Mutterweh" auch bei Knaben und Mädchen nicht ungewöhnlich ist, daß es häufig bei Soldaten beobachtet wird (Charcot); es ist eine anerkannte

Digitized by Google

Tatsache, daß weder Sexualität noch Lebensalter eine so wesentliche Rolle spielen, wie man nach der Nomenklatur des Leidens annehmen sollte. Wenn auch geschlechtliche Vorgänge für seine Entstehung nicht unterschätzt werden dürfen, so gehören sie doch nur zu der großen Reihe von Einflüssen, die sie gleicherweise hervorrufen können. Ueberhaupt dürfte es im Einzelfalle schwer sein, zwischen Neurasthenie und Hysterie einen praktisch ins Gewicht fallenden Unterschied zu machen. Beide sind gekennzeichnet durch subjektive Beschwerden, für welche der Arzt weder klinisch noch anatomisch hinreichende Unterlagen feststellen kann. Beide spielen sich im Gebiet der spinalen und zerebralen Nerven ab. Die feine Differenzierung beider Krankheitsbilder, wie sie z. B. Hirth gibt, ist theoretisch gewiß hochbedeutsam. Wenn man aber erwägt, daß gesteigerte Selbstbeobachtung vermehrte Rezeptivität, verminderte Energie gegen von außen und innen einwirkende Momente, verringerte Widerstandskraft beiden eigentümlich ist, daß gastrische Alterationen, Sensibilitätsstörungen und Neuralgieen bei der einen wie bei der anderen vorkommen, daß sekretorische Vorgänge hier wie dort Veränderungen aufweisen — daß allerdings graduelle erhebliche Verschiedenheiten bestehen — und mancherlei Symptome, wie Lähmungen und schneller Wechsel der Erscheinungen nur bei der Hysterie beobachtet werden — so darf man vielleicht, ohne grobe Verletzung wissenschaftlicher, durchaus anerkannter und in unser ärztliches Bewußtsein übergegangener Tatsachen, für die folgenden Auseinandersetzungen beide Begriffe konfundieren, schlechtweg von Hysterie auch da sprechen, wo neurologisch vielleicht nur der Bestand der Neurasthenie in Frage kommen sollte.

Die subjektiven Empfindungen der Patienten erstrecken sich auf alle Nervengebiete, sie erzeugen psychische Störungen in Gestalt von Halluzinationen aller Sinne, schmerzhafte Sensationen, Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit der von willkürlichen Muskeln versorgten Organe, und zwar ebensowohl krampf- wie lähmungsartige, ja sie beeinflussen sogar die der unwillkürlichen Muskulatur unterworfenen Einrichtungen und lassen schließlich die Absonderungen drüsiger Organe nicht unbeteiligt. Indem so alle Teile des menschlichen Körpers befallen werden können, ergeben sich vielfach Krankheitsbilder, welche anderen wohl charakterisierten so auffallend ähneln, daß es oft überaus schwer ist, eine Differentialdiagnose zu stellen. Es ereignet sich namentlich fast täglich, daß hysterische Zustände zu Verwechslungen mit anderen Anlaß geben, die chirurgische Eingriffe erfordern.

Das wird aber um so bedenklicher, als erfahrungsgemäß derartige Patienten, in dem Wunsche, unter allen Umständen von ihrem peinvollen, das Leben zu einer Qual machenden Leiden befreit zu werden, eine große Neigung zeigen, sich blutigen Maßnahmen zu unterwerfen, so daß der Arzt Gefahr laufen kann, unnötige Operationen auszuführen. Hat man sich doch sogar für berechtigt gehalten, bewußter Weise Scheinoperationen zu machen, um den Kranken ihre Vorstellung, daß sie an einer Affektion eines erwiesenermaßen gesunden Organs litten, zu nehmen. Die Zahl wirklich greifbarer Erfolge auf diesem Gebiete ist so klein, und die Enttäuschungen, von denen Arzt wie Klient bei diesen Versuchen heimgesucht werden, so häufig, dazu aber so verhängnisvoll, daß nur äußerst selten ein derartiges Spiel wiederholt werden dürfte. Häufiger kommen wir in die Lage, bei versteckt oder diagnostisch schwer zugänglichen Affektionen entscheiden zu müssen, ob der an sich neurasthenische Patient nicht doch ein reelles, zu durchaus verständlichen Klagen Anlaß gebendes Leiden hat. Das einfachste und alltäglichste Beispiel gewähren Leute mit irgend einer Störung im Magendarmtraktus, von der wir heute wissen, daß häufig eine chronische Appendizitis, die typisch ohne Anfälle verläuft, ihre Grundlage abgibt. Nachdem Ewald die Appendicitis larvata beschrieben hat, ist von anderen der Begriff der Pseudoappendizitis aufgestellt worden, und haben Autoren wie Krauss, Albu,

Digitized by Google

Körte u. a. darauf hingewiesen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Menschen von einer „Blinddarmfurcht" ergriffen werden, weil sie in ihrer Verwandtschaft oder unter ihren Freunden den äußerst rapiden, ungünstigen Verlauf einer aus unscheinbarsten Anfängen entstandenen Wurmfortsatzentzündung kennen gelernt haben. Jeder Arzt, der oft mit dieser furchtbaren Geißel der Menschen zu tun hat, wird gelegentlich von Personen konsultiert werden, die ohne Not und Anlaß sich die schwersten Sorgen machen. Aber es kommt auch vor, daß notorisch Hysterische, die vielfach über Leibkrämpfe geklagt haben, ohne daß ein Grund vorlag, an akuter Perityphlitis erkranken und sterben, weil nun der wirkliche Anfall, der ohne Fieber, ohne nachweisliche Exsudation begonnen hat, für ein eingebildeter gehalten wird und dieser Umstand zu verkehrten ärztlichen Maßnahmen Anlaß gibt.

Weniger bösartig, aber immerhin verhängnisvoll, sind die nicht seltenen Beispiele scheinbarer Gelenkneuralgieen, die notorisch durch tiefe Knochenherde vorgetäuscht werden, und infolge des fehlenden offenkundigen Befundes geradezu verkehrt behandelt werden. Wo Ruhigstellung am Platze wäre, werden forcierte Bewegungen angeraten, bis eines Tages ein akuter Erguß ins Gelenk die Perforation anzeigt.

Es kann also auch der Arzt in die Lage kommen, bei unzweifelhaft neuropathischen Individuen Klagen auf Konto einer Halluzination oder Suggestion zu setzen, wo ein tatsächlicher schwerer, örtlicher, pathologischer Prozeß vorhanden, wenn auch nur schwer oder gar nicht auffindbar ist.

Damit sind aber die Quellen für fehlerhaftes ärztliches Handeln durchaus nicht erschöpft.

Es ereignet sich wohl, daß Hysterische durch einen operativen Eingriff von einem lokalen Uebel geheilt werden, daß aber die Klagen über den alten Zustand nicht verstummen, und nun immer von neuem Messer, Brenneisen und die anderen Mittel der Chirurgen in Anwendung kommen — sehr zum Schaden der beklagenswerten Märtyrer.

Ich habe eine Frau behandelt, die an Empyem der Highmorshöhle litt, das durch Aufmeißelung von mir beseitigt wurde. Die subjektiven Symptome bestanden aber fort, und wurden auf das zum Munde führende Drainageloch bezogen. Da ich mich weigerte, den Defekt zu schließen, so wurde ein anderer Chirurg zu Rate gezogen, der die Oeffnung plastisch deckte. Bald mußte ein dritter sie wieder erzeugen, weil Neuralgie und perverse Empfindungen im Gesicht nicht aufhörten, und noch weitere zweimal wurde in wechselnder Folge so gehandelt — bis ein Irrenhaus die Aermste aufnahm. Ich sah ferner einen Mann, der sich seine Nase hatte „verbessern" lassen, und nun nach der Reihe von fünf Operateuren zur Beendigung eigentümlicher, subjektiver Beschwerden mit allerlei Eingriffen bedacht worden war. Ein Mädchen, das eine Intervalloperation nach akuter Perityphlitis durchgemacht hatte, aber dauernd über Lebensgenuß und Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Leibkrämpfe klagte, hatte den Heroismus gehabt, sich einer Nephropexie und doppelseitigen Kastration zu unterwerfen — natürlich ohne Erfolg.

Ist es somit möglich, daß überflüssigerweise durch hysterische Klagen chirurgisches Eingreifen veranlaßt wird, oder daß solches auf Grund sicherer Hysterie bei reeller Affektion unterlassen wird, so erschweren derartige Patienten auch oft die Beurteilung des Krankheitsverlaufes, nachdem eine Operation aus irgend einer Ursache ausgeführt wurde. So kann unstillbares Erbrechen im Anschluß an eine Laparatomie den Arzt in schwere Sorge versetzen, weil der Gedanke an eine Peritonitis nur allzu nahe liegt, oder es kann die kunstgerechte Behandlung einer Fraktur fast zur Unmöglichkeit werden, weil kein Verband erträglich ist.

Auf der anderen Seite sollte man nie außer Acht lassen, daß auch der kräftigste Mensch nervös, neurasthenisch, hysterisch werden kann, wenn er Jahre lang, ohne Hilfe zu finden, von einem okkulten, und deshalb nicht heilbaren Leiden befallen ist. Da kann wohl allmählich das lokale Uebel gegenüber den Erschei-

Digitized by Google

nungen der Nervenzerrüttung in den Hintergrund treten. Erst wenn jenes weitere Fortschritte gemacht, die alsdann oft genug völlige Genesung ausschließen, kommt Klarheit. Die hysterische Ischias zeigt nun die offenkundigen Zeichen eines malignen Tumors des Beckens oder des Femurs, die neurasthenische Interkostalneuralgie findet in einem Gibbus oder Kongestionsabszeß ihre ausreichende Erklärung.

Ueberaus schlimm sind auch diejenigen Leute daran, die im Gefolge eines Traumas an nervösen oder als hysterisch zu deutenden Symptomen leiden. Wer das traurige Vergnügen hat, als Gutachter für solche Fälle in Anspruch genommen zu werden, wird erstaunt sein, wie leicht es für den Verunglückten ist, in den Verdacht der Simulation zu kommen, und wie schwer es den ärztlichen Beobachtern oft fällt, körperliche Leiden da nicht zu übersehen, wo gleichzeitig Railwayspine, traumatische Neurose, Hysterie oder auch nur Uebertreibungssucht unzweifelhaft das Maß und die Natur der begründeten Klagen bei weitem überschreiten lassen.

Ich erwähne aus eigener Erfahrung ein Magenkarzinom, dessen etwas ungewöhnlichen Symptome durch anfangs als Simulation, später als Nervenzerrüttung gedeutete Zeichen allgemeiner Nervosität völlig verdeckt worden waren, eine Cholelithiasis, die als Interkostalneuralgie nach Schenkelbruch aufgefaßt worden war, eine Schüttellähmung des rechten Armes mit totaler Atrophie, deren wegen der Arbeiter jahrelang als geschickter Gaukler angesehen worden war u. a. m.

Das Thema ist eben außerordentlich reichhaltig, und es bedürfte eines bändereichen Werkes, um ihm völlig gerecht zu werden. Aber es genügt wohl nur die Anregung für gewissenhafte Aerzte, um sie auf die tagtäglich sich ereignende Möglichkeit diagnostischer Irrtümer und konsequenterweise fehlerhafter Therapie aufmerksam zu machen. Insbesondere möge jeder, der Unfallverletzte zu beurteilen hat, sich bewußt sein, in welch unabsehbares Elend er Personen stürzen kann, die vielleicht nur infolge der ja bei dem Erfahrensten denkbaren Irrtümer in der Erkennung der Ursachen von Klagen als Betrüger betrachtet werden. Man vergesse nicht, daß viele Beschädigte nur infolge all des materiellen Elends, in das sie durch den Verdacht der Verstellung gestoßen werden, und infolge der heftigen Beschwerden, die ihnen auch geringfügige körperliche Beeinträchtigungen verursachen können, psychopathisch werden.

Von den Krankheitsbildern, die notorisch Hysterische fälschlicherweise vortäuschen, und die unschwer zu unvorsichtigen oder unberechtigten Manipulationen Anlaß geben können, greife ich der Kürze halber nur solche heraus, die hervorragendes Interesse haben.

Der bekannte Globus hystericus wird hin und wieder zum erstenmal im Anschluß an einem fehlerhaften Schluckakt empfunden, und erzeugt dann das dauernde Gefühl eines Fremdkörpers. Der Kranke wird von der Idee besessen, daß ein spitziger Gegenstand seine Speiseröhre zu durchbohren drohe.

Hat man sich davon überzeugt, daß ein Corpus dienum nicht nachweisbar ist, und zeigt der Kranke andere Stigmata, namentlich Anästhesie des Pharynx, so ist die Sachlage leicht zu entscheiden. Es ist mir aber vorgekommen, daß ein Kaufmann, der kleine, spitzige Haken zum Aufhängen seiner Waren benützte und die üble Angewohnheit hatte, diese im Munde zu halten, in der Tat solch ein Ding aspirierte. Er wurde zu mir behufs Entfernung des gefährlichen Fremdkörpers gebracht. Die rechte Tonsille war gerötet, blutunterlaufen und schmerzhaft, das Stückchen Eisen war nicht zu finden. Der sehr erregte Kranke fieberte am nächsten Tage, es stellte sich eine Adenitis submaxillaris ein — indessen auch eine Röntgen-Untersuchung ergab negatives Resultat. Deshalb wurde natürlich jede Intervention abgelehnt, nach wenigen Tagen waren die objektiven Zeichen der Entzündung verschwunden — aber es dauerte viele Wochen, bis die perversen Sensationen sich verloren.

Digitized by Google

Selbst dann, wenn wirklich in den Körper geratene Gegenstände entfernt worden sind, namentlich Glassplitter, behalten Nervöse die Vorstellung, daß doch noch etwas zurückgeblieben sein müsse, sie kratzen und malträtieren die empfindliche Narbe, bis von neuem Eiterung entsteht.

Hat man sich mit Zuhilfenahme aller Methoden überzeugt — niemals unterlasse man die Aktinographie — daß nur Einbildung vorliegt, so garantiert ein wochenlang getragener Gipsverband an den Extremitäten, die ja in der Regel der Ort solcher Vorkommnisse sind, die sicherste Kur, weil er nicht nur durch die Ruhigstellung die abnorme Empfindung beseitigt, sondern auch den davon Befallenen verhindert, die Stelle zu berühren.

In solchen Fällen werden die üblen Symptome unabhängig von dem Willen des Patienten erzeugt, sie sind eine Folge einfacher Hyperästhesie. Man kann aber auch in die Lage kommen, künstlich hervorgerufene, unter einem unbegreiflichen Drange der Hysterischen absichtlich vorgetäuschte Erscheinungen von solchen differenzieren zu müssen, welche höchst bedenklicher Natur sein können.

Der bekannte Harndrang Hysterischer fordert selbstverständlich zu Urinuntersuchungen auf, man hüte sich aber, aus dem von dem Patienten mitgebrachten Sekrete Schlüsse zu ziehen, sondern benütze dazu selbst gewonnenes Kathetermaterial. Es kommt oft vor, daß diese Personen den Harn absichtlich faulen lassen, oder ihn mit den merkwürdigsten Substanzen versetzen. Die seltenere Anurie wird simuliert, indem die unwahrscheinlichsten Gelegenheiten, heimlich Harn zu lassen und zu verbergen, wahrgenommen werden.

So erinnere ich mich einer Dame, die, auf das Sorgfältigste überwacht, es dennoch fertig brachte, während der wenige Minuten dauernden Abwesenheit ihrer Wärterin ihren Koffer als Nachtgeschirr zu gebrauchen. In einem anderen Falle behauptete ein junges Mädchen, daß ihre Harnbeschwerden durch Steine verursacht werden. Die Untersuchung der produzierten „Konkremente" verifizierte sie als Erdbeerkerne!

Schwieriger liegen die Dinge bei Alterationen des Digestionstraktus: Hartnäckige Verstopfung ist ja ein steter Begleiter des nervösen Symptomenkomplexes. Es kann aber zu trommelartig aufgetriebenem Meteorismus höchsten Grades mit Erbrechen kommen, so daß der Gedanke an Darmokklusion wach wird. Selbst Koterbrechen hat man gesehen, und die Frage, ob ein hysterischer Ileus möglich sei, ist vor kurzem erst erörtert worden.

Ich habe ihn nie zu Gesicht bekommen und ich glaube nicht an ihn. Aber ich habe bei einem jungen Mädchen mit extremster Gasblähung des Abdomens durch Einleitung der Chloroformnarkose den Leib muldenförmig einfallen sehen. Allerdings nahm er sofort wieder den alten Umfang an, als die Einschläferung vorüber war, und ein während der Abschwellung des Bauches angelegter enger Gipsverband hatte nur den Erfolg, daß sich nun nach dem Erwachen oberhalb und unterhalb der Hülse geradezu beängstigende Auftreibungen einstellten! Wie vorsichtig man indessen bei der Beurteilung solcher Fälle sein muß, beweist eine andere Krankengeschichte. Ein äußerst hysterisches Mädchen hatte Anfälle von Ileus mit Koterbrechen gehabt, die als neuropathische angesehen wurden. Bei einer neuen solchen Attacke stellte sich auch Fieber ein, das Hinzuziehung eines Chirurgen veranlaßte. Ich konstatierte Perforativperitonitis, die durch schleunige Operation noch beherrscht werden konnte.

Ueberaus merkwürdig sind vielfach bei Kindern beobachtete Zustände, die ihre Erklärung finden in der Sucht, bei Altersgenossen gesehene Abnormitäten nachzuahmen oder die Folgen eigener Affektionen zu übertreiben. Als bekanntestes Beispiel nenne ich den epidemischen Charakter der Chorea Viti. Ein von diesem Leiden befallenes Mädchen kann die ganze Klasse infizieren. Diese kindliche Art der Imitation findet ihr Gegenstück in den kindischen Gebräuchen fanatischer Erwachsener bei religiösen Uebungen. Sie ist harmlos und leicht zu kurieren. Schwer und mit äußerster Zurückhaltung zu beurteilen sind aber Kontrakturstel-

Digitized by Google

lungen der Glieder, welche Knaben und Mädchen nach geringfügigen Traumen darbieten — Zwangsstellung in Extension oder Flexion, je nach der Art, wie die Verletzung eingewirkt hat. Sie können ebensowohl nur auf Energielosigkeit, einen geringen Schmerz zu überwinden, beruhen, wie sie das erste Signal schlummernder Knochentuberkulose darstellen können. Härte und Strenge gegen die kleinen Patienten sind unter allen Umständen von Uebel; auch bei eingebildeter Bewegungsstörung kommt man besser mit mildem Zureden zum Ziel. Allerdings kann auch gelegentlich eine Behandlung par force, besonders aber Entfernung der Sünder aus ihrer Familie angezeigt sein.

So sollte ich bei einem neunjährigen Mädchen entscheiden, ob eine doppelseitige Koxitis, die seit mehreren Wochen den Gang in auffälligster Weise gestört hatte, vorläge. Ich sah, daß die Kleine bei völliger Unversehrtheit der Gelenke mit allen Merkmalen der Luxatio congenita einherschritt. Erkundigungen ergaben, daß eine Base des Kindes, mit der es viel zusammenkam, mit dieser Mißbildung behaftet war. Wenige Tage des Aufenthaltes in meiner Klinik genügten zu dauernder Genesung. Hier hatte also gar kein vernünftiger Anlaß zu dem eingebildeten Leiden vorgelegen. Bei einem anderen zehnjährigen Kranken, den ich wegen einer Luxation im Karpometacarpalgelenk des linken Daumens einen Kontentivverband in Abduktion angelegt hatte, war es unmöglich, diese Stellung wieder zu beseitigen. Selbst eine in Flexion und in Abduktion applizierte Gipshülse hatte keinen Erfolg; sofort nach ihrer Entfernung schnellte der Daumen in seine unnatürliche Position zurück. Massage, Elektrizität wurden vergeblich versucht. Erst als ein Neurologe in Abwesenheit der Angehörigen sehr starke faradische Ströme einwirken ließ, verschwand das Uebel wie mit einem Schlage.

Nicht immer liegen aber die Dinge so einfach. Eine schmerzhafte Spitzfußankylose, die ich durch methodische Gehübungen zu beseitigen vermochte, war vorher monatelang mit Jodoforminjektionen behandelt worden. Der von einem unserer renommiertesten Chirurgen gemachte Vorschlag, die Resektion des Gelenks vorzunehmen, hatte die Eltern des siebzehnjährigen Fräuleins veranlaßt, die Tochter zu uns zu bringen.

Solche Beispiele ließen sich in ungemessener Zahl häufen, die angeführten mögen genügen, zumal auch bei den Variationen immer dieselben Gesichtspunkte ausschlaggebend sind — Erschöpfung aller diagnostischen Methoden, anderseits Vorsicht, feinstes Taktgefühl, können allein den Arzt auf die richtige Spur, dem Patienten Heilung bringen. Niemals nehme man seine Zuflucht, dunkle Krankheitsfälle für hysterisch zu erklären, so lange eine andersartige Auffassung möglich ist. Denn nur allzu viele schwere organische Leiden beginnen ohne markante Symptome, verlaufen lange Zeit, manchmal über Jahre hinaus, ob zwar ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, und bedrohen natürlich auch die Gesundheit neuropathischer Individuen, können also trotz Bestehens aller hysterischen Stigmata die reelle Basis für die Klagen der Unglücklichen sein. Die Vermutung, daß auch diese, oft vielleicht übertriebenen Beschwerden auf Hysterie beruhen, verhindert dann unter Umständen rechtzeitiges sachgemäßes ärztliches Einschreiten, oder veranlaßt direkt gefährliche Maßnahmen. Das ist so einleuchtend und erscheint so selbstverständlich, daß nicht viele Worte über diese Tatsachen verloren werden sollten. Aber gegen diese natürliche Ueberlegung wird so vielfach verstoßen, daß eine Blütenlese solcher überaus nachteiliger diagnostischer Irrtümer zu präsentieren wohl am Platze sein mag.

Kontrakturen der Halswirbelsäule bei beginnender tuberkulöser Spondylitis werden als hysterischer Schiefhals angesehen, mit Massage, Suspension, passiven Bewegungen behandelt, ein nicht seltenes Ereignis bei Kindern, welches durch genaue Aufnahme der Anamnese und Fahndung auf Drüsenschwellungen verhütet werden könnte. Als Unikum erwähne ich, daß auch karzinöse Wirbelsäulenmetastase nach glücklich und lange Zeit geheilter Mamma-

Digitized by Google

amputation von dem bekanntesten Begründer neuer ärztlicher Lehren eine gleiche Beurteilung und Therapie erlitt.

Neuralgieen der Rippen und Extremitäten bei kleinsten tuberkulösen Vertebralherden, die keinerlei Symptome des Malum Pottii manifestieren, sind nicht ungewöhnlich und finden oft genug erst nach vielfachen „Nervenkuren" ihre ausreichende ätiologische Erkennung in einer Senkungseiterung. Sie stellen sich auch bei der relativ seltenen peripleuralen Tuberkulose ein, die Jahre lang ohne erkennbare Merkmale bestehen kann. So verfiel ich selbst bei einer schwer Hysterischen diesem diagnostischen Irrtum, den ich später durch ausgedehnte Rippenresektion, Freilegung eines Lungenherdes und Entfernung der schwammigen Granulationen gutmachen mußte. Ischias durch Osteomyelitis gummosa oder Knochenechinokokkus ist ein weiteres Exempel, das man bei hartnäckigen Fällen erlebt, aber unter Anwendung der stets indizierten Röntgen-Durchleuchtung selten vorkommen dürfte.

Oesophaguskrampf durch nicht stenosierende Karzinome erkennt man heute, wenn auch vielleicht nicht immer durch Oesophagoskopie, und man begnügt sich nicht mehr mit der Diagnose nervöser Spasmen. Ich habe einen Kranken, der wegen solcher nervöser Spasmen, die im Oesophagoskop keine Veränderung der Schleimhaut erkennen ließen, an jauchiger Oesophagitis zugrunde gehen sehen, weil die mit starken Sonden eingeleitete Behandlung das dennoch vorhandene kleine Karzinom zur Perforation brachte. Viele Monate bestehender Mastdarmtenesmus, welcher den Kranken zur Verzweiflung und — Nervosität bringt, wird auch durch kleinsten, nicht ulzerierenden Skirrhus erzeugt, gibt aber erst dem Chirurgen, der zur Operation des Ileus herbeigerufen wird, den Fingerzeig für den Sitz des Hindernisses.

Ischurie, Blasenkrampf, schmerzhafte Miktion sind hin und wieder das erste Anzeichen bazillärer Zerstörung der Niere, und schon dann vorhanden, wenn keine chemische oder mikroskopische Alterationen des Urins den malignen Prozeß vermuten lassen, auch nicht die geringste palpable Abnormität der Nieren, selbst die Zystoskopie und Ureteroskopie nicht auf ihn Rückschlüsse gestatten. Das Gleiche ist der Fall bei Nierensteinen, und ich kann aus meiner Erfahrung über eine Dame berichten, die zwei Jahre lang wegen hysterischer Blasenreizung Gegenstand aller möglichen therapeutischen Versuche war. Die hervorragendsten Urologen Deutschlands, Frankreichs und Englands hatten ihre diagnostischen Künste vergeblich erprobt, bis ein ausgezeichneter Berliner Spezialist, der ursprünglich nichts hatte finden können, bei der dritten von ihm vorgenommenen Zystoskopie den von der Niere herabgewanderten Stein in der Blase konstatierte und zertrümmerte.

Es wäre ein Leichtes, weiteres Beweismaterial dafür beizubringen, daß die Hysterie eine reich, aber trübe fließende Quelle für Fehldiagnosen und schädliche Therapie abgibt. Das Vorgebrachte wird ausreichen, um dieses eminent praktische Gebiet zu beleuchten. Ein jeder hat Gelegenheit, bessernd und fruchtbringend mitzuarbeiten an der Verstopfung dieses unerfreulichen und unheilvollen Zuflusses ärztlicher Mißgeschicke — wenn er sorgsam und pflichttreu alle Methoden der Krankheitserkennung bei seinen Klienten in Anwendung bringt, und ohne Scheu, rückhaltlos die ihm trotz alledem passierenden Irrtümer seinen Kollegen mitteilt.

Digitized by Google

REFERATE.

Innere Medizin.

Arteriosklerose.

1. **Zur Behandlung der Arteriosklerose.** Von L. Steinsberg. Ref. Prof. Starck, Karlsruhe.
2. **Aetiologie und allgemeine Therapie der Arteriosklerose.** Von O. Burwinkel. Ref. Prof. Starck, Karlsruhe.
3. **Eine Untersuchung über die Ursache der Angina pectoris.** Von James Mackenzie, Burnley. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. In einem flüssigen, in der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin (1905) gehaltenen Vortrage gibt Steinsberg die Grundzüge unserer heutigen Behandlung der Arterienverkalkung, wobei er ein ganz besonderes Gewicht auf den günstigen Einfluß einer individualisierenden Bäderbehandlung legt. Einen verhältnismäßig günstigen therapeutischen Angriffspunkt bietet die latente oder initiale Arteriosklerose, deren hervorstechendstes objektives Zeichen die Temporalschlängelung ist. Geeignete hygienische Vorschriften, die sich auf Verminderung direkter und indirekter Schädlichkeiten (Quantität, Qualität der Nahrung, Alkohol-, Nikotingenuß, exzessiv träges oder sehr agiles Leben) beziehen, sind hier am Platze. Von Medikamenten ist das Ergotin und Jodsalze zu empfehlen, welch letztere nach Romberg weniger auf die Gefäßwand als auf die Viskosität des Blutes (dieselbe herabsetzend) einwirken soll. Von hydriatischen Prozeduren spricht St. in erster Linie den kohlensauren Bädern das Wort, deren Wirkung auf den Vagus und die Gefäßerweiterung hauptsächlich in Betracht kommt.

Auch bei manifester Arteriosklerose leistet die kombinierte Jod-Bädertherapie viel, vorausgesetzt, daß die anatomischen Veränderungen im Herzmuskel, den Nieren, im Gehirn nicht zu weit vorgeschritten sind. Von Jod innerlich in Kombination mit Jodvasogen äußerlich hat St. bei mittelschweren Fällen nur Gutes gesehen, bei bedeutenderer Inkompensation soll beides jedoch ausgesetzt werden. Nun tritt Digitalis in ihr Recht, eventuell, besonders bei gesunden Nieren, soll auch Kalomel gute Dienste leisten.

In diätetischer Hinsicht empfiehlt St. systematische Milchkuren, kalkarme, chlorarme Nahrung, salinische Mittel etc.

Die balneären Hilfsmittel sind dieselben wie im ersten Stadium. Mit Nutzen können mehrmalige Waschungen, respektive kalte Abreibungen gebraucht werden. Des weiteren kommen CO_2-Bäder in Kombination mit vorsichtigen Terrainkuren, aktiver und passiver Gymnastik in Betracht. Die CO_2-Bäder sollen jedoch anfangs nicht zu hochwertig sein und nie soll verabsäumt werden, deren Wirkung durch das Tonometer zu prüfen.

Endlich sah St. gute Erfolge mit dosierten Moorbädern, und zwar dünnflüssige Moorbäder (sogenannte Franzensbader Moornormalbäder), die dem Kranken nur bis zur Herzhöhe reichen und die eine blutdruckreduzierende Wirkung haben sollen. Auch Kohlensäuremoorbäder, das sind genau dosierte CO_2-Bäder auf gleichmäßiger, bodenständiger Schicht erwärmten Moors von bestimmter Temperatur, sollen die Arteriosklerose günstig beeinflussen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1905.)

2. Burwinkel hält die Arteriosklerose nicht für eine Abnützungskrankheit, wie heute fast allgemein angenommen wird, sondern eher für eine Kulturkrankheit, die durch verfeinerte und luxuriöse Lebensweise bedingt ist.

In prophylaktischer Hinsicht predigt B. deshalb „Rückkehr zur einfachen und natürlichen Lebensweise". „Wir müssen hauptsächlich der Plethora und damit dem erhöhten Druck im arteriellen System entgegenarbeiten." Durch Reduktion der flüssigen und festen Speisen wird das Volumen des Blutes verringert und damit dem Gefäßsystem Gelegenheit gegeben, sich zusammenzuziehen. Trockenkuren sind gefährlich, Fleischgenuß ist durch lakto-vegetabile Kost zu ersetzen,

Digitized by Google

da diese die Viskosität des Blutes herabsetzt.

Hydriatische und balneotherapeutische Prozeduren dienen dazu, das Gefäßsystem zu tonisieren und die Blutqualität zu verbessern.

Als wertvollstes Hilfsmittel sieht B. aber den periodisch wiederholten Aderlaß an. Der Blutdruck wird dadurch sicher herabgesetzt, die Dick- und Schwerflüssigkeit des Blutes beseitigt. Außerdem befreit der Aderlaß das Blut von toxischen Substanzen und regt die Blutneubildung an. Unter den Medikamenten empfiehlt B. das Jod und Digitalis und große Dosen Nitroglyzerin. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1905.)

3. Die Angina pectoris wird bei verschiedenen krankhaften Zuständen beobachtet, z. B. bei Aortenaneurysma, Aortenklappenstörungen, Arteriosklerose der Koronararterien, Degeneration des Myokards, verstärktem arteriellen Druck bei älteren und arteriellen Spasmen bei jüngeren Personen. Mackenzie sucht nun als Ursache der Angina pectoris eine all diesen Krankheiten gemeinsame Eigenschaft und findet sie in der Störung der Herzkontraktionen. Diese müssen vor allem leiden, wenn der Herzarbeit zu große Widerstände entgegenstehen. Ein Symptom der verringerten Kontraktionsfähigkeit des Herzmuskels ist der Pulsus alternans, und eben diesen vermochte Mackenzie häufig bei Fällen von Angina pectoris mit verschiedenen Grundleiden in deutlicher Weise aufzuzeichnen. Neben diesem Pulsus alternans findet man stets eine gewisse Einschränkung der Herzkraft: in der Ruhe mag sie genügen, bei Anstrengungen versagt sie. Der arterielle Blutdruck gibt kein richtiges Bild von der Kontraktionsfähigkeit des Herzmuskels. — (The brit. med. Journ., 7. Okt. 1905.)

Nephritis.

1. **Ueber die Entziehung der Chloride.** Von F. Widal. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Das Kochsalz bei Oedemen und Aszites.** Von G. Zambelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber den therapeutischen Wert der kochsalzarmen Kost.** Von A. Carducci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die Behandlung der Urämie bei der akuten Nephritis im Kindesalter mittels großer Blutentziehungen.** Von Heubner, Berlin. Ref. Fritz Loeb, München.
5. **Die Behandlung der Urämie.** Von H. Huchard und Ch. Fießinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Heilung von hartnäckigem urämischen Kopfschmerz durch Lumbalpunktion.** Von A. Halipré. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Beitrag zur renalen Opotherapie nach der Methode von Renaut.** Von G. Ingegnati. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
8. **Die Erfolge der Opotherapie bei der Behandlung der Niereninsuffizienz.** Von Teissier. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Die Therapie der Nephritis.** Von A. R. Elliot. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
10. **Die diätetische Behandlung der Nephritis.** Von C. Shattuck. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
11. **Zur Frage der medikamentösen Beeinflussung nephritischer Albuminurien.** Von H. F. Grünwald. Ref. Fritz Loeb, München.
12. **Klinische und experimentelle Beiträge zur Behandlung der Nierenentzündung im Kindesalter.** Von R. Weigert. Ref. Fritz Loeb, München.
13. **Ueber den Harnstoffgehalt des Harnes bei den verschiedenen Formen der Nephritis.** Von Dr. Mendl. Ref. Fritz Loeb, München.
14. **Experimentelles über die Nierenwassersucht.** Von Dr. Paul Friedrich Richter. Ref. Fritz Loeb, München.
15. **Ueber die sogenannte „essentielle" Wassersucht.** Von W. Daniel. Ref. Fritz Loeb, München.
16. **Die alimentäre Albuminurie als Zeichen leichter Nierenläsionen.** Von E. Tedeschi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Bei der Behandlung der Nephritis mit Oedemen durch Kochsalzentziehung ist nach Widal der beste Maßstab des Erfolges das Körpergewicht. Oft geht dasselbe sehr rasch zurück, was als günstiges Zeichen zu betrachten ist. Man gibt den Kranken täglich zirka 1·5 g, ja auch nur 1 g Kochsalz, wobei zu beachten ist, daß 1 l Milch bereits 1·6 g Chloride enthält. Unterstützt wird die Wirkung der Chlorentziehung durch Bettruhe. Sind die

Digitized by Google

Oedeme völlig verschwunden, so steigert man vorsichtig die Zufuhr auf 3 g und, wenn dies gut eliminiert wird, auch noch höher. In manchen Fällen muß man zur Unterstützung der Chlorelimination noch Diuretika, speziell Theobrominpräparate geben; gelegentlich, aber sehr selten, muß man Digitalis hinzufügen. Was die einzelnen Nahrungsmittel anlangt, so ist gewöhnliches Brot, das im Kilogramm 10 bis 15 g Kochsalz enthält, unbrauchbar; es muß ein eigenes Brot ohne Salzzusatz gebacken werden; ebenso muß Fleisch ohne Salz gegeben werden. Von Fischen sind nur Süßwasserfische erlaubt. Eier, Butter, Rahm, ungesalzene Käse sind gestattet, ebenso Kartoffeln, Reis, Erbsen, Gelbrüben, Bohnen, Sellerie, Artischoken, Salat, alles ohne Salz, durch Zusatz von Fleischgelee, Estragon, Thymian, Lorbeer, Petersilie wohlschmeckend gemacht. Bouillon ist verboten, dagegen Zuckerwerk, Mehlspeisen, Obst, Schokolade erlaubt. Als Getränk dienen kochsalzarme Mineralwässer, Limonade, Tee, Kaffee, Bier und wenig Wein; die Tagesmenge der Flüssigkeit soll $1^1/_2$—2 l nicht überschreiten. — Die Kochsalzentziehung vermag auch bei kardialen Oedemen und bei Oedemen durch Pfortaderstauung günstige Wirkung zu entfalten, ist aber bei entzündlichen Ergüssen von geringer Wirkung. — (VIII. französischer Kongreß für innere Medizin zu Lüttich, Sept. 1905.)

2. Die eingehenden Untersuchungen von Zambelli bei Patienten mit parenchymatöser Nephritis (6), Herzleiden (5), Leberzirrhose (3), tuberkulöser Peritonitis (2), Pleuraergüssen (5), führten zu folgenden Schlußfolgerungen: Normalerweise wird das Kochsalz in fast stets konstanter Menge ausgeschieden. Unter pathologischen Bedingungen dagegen wird es in den Geweben festgehalten und bedingt dort eine zu seiner Lösung erforderliche Wasseransammlung. Um nun derartige Ergüsse zum Schwinden zu bringen, müssen wir die weitere Aufstapelung von Kochsalz zu verhindern und das Aufgestapelte zu entfernen trachten. Und in der Tat gelingt dies, wie die 21 Beobachtungen zeigen, durch Regelung der Nahrung: kochsalzreiche Kost vermehrte, kochsalzarme Kost verminderte die Flüssigkeitsansammlungen. Die Einzelheiten der interessanten Arbeit entziehen sich einem kurzen Referate, das eben die Tabellen nicht reproduzieren kann. (Il. Morgagni, H. 5 und 6, 1905.)

3. Die kochsalzarme Kost wurde in zwei Formen verabreicht. Die erste bestand in 1 l Milch, 300 g salzfreies Brot und 300 g Risotto mit Butter ohne Salz (2600 Kalorien); die zweite in $1^1/_2$ l Milch, 300 g salzfreies Brot und 300 g Fleisch (2280 Kalorien). Vf. konstatierte bei den verschiedenen Formen der Nephritis eine günstige Einwirkung auf die Resorption der Oedeme, doch ist dieselbe nicht viel ausgesprochener als bei der reinen Milchkost. Eine Beeinflussung der Albuminurie oder urämischer Symptome war nicht festzustellen; auch ein Fall von orthostatischer Albuminurie zeigte keine Veränderung. Bei der Exsudativpleuritis ist die Diät im Fieberstadium zu widerraten, nach der Entfieberung dagegen angezeigt. Auf die Entfernung eines zirrhotischen Aszites wirkt die Kochsalzentziehung sehr günstig; ist das Exsudat sehr alt, so muß man es durch Punktion entleeren; jedoch auch in diesem Falle ist die Kochsalzentziehung angezeigt, da sie die Neubildung des Exsudats verzögert. Bei den Oedemen der Herzkranken ist die kochsalzarme Kost schon deshalb nicht zu empfehlen, da sie ungern genommen wird; bei Arteriosklerose mit stark vermehrter Spannung, wo sie auch empfohlen wurde, hat sie wenig Einfluß. Bei der Epilepsie nützt sie nicht nur nicht, sondern schadet eher; dagegen gab sie in Verbindung mit Bromdarreichung (4—5 g täglich) in einem Falle ein glänzendes Resultat. — (Soc. Lan. d. osp. di Roma, 17. Juni 1905; Il Morgagni, Riv. 5. August 1905.)

4. In einer Arbeit: Die Behandlung der Urämie bei der akuten Nephritis im Kindesalter mittels großer Blutentziehungen weist Geheimrat Heubner an der Hand von Krankengeschichten den günstigen Einfluß des Aderlasses nach. Die krankhaften Erscheinungen mäßigen sich wenigstens, wenn sie auch noch eine Zeitlang brauchen, um ganz abzuklingen.

Digitized by Google

Auf 30 mit Blutentziehung behandelte Fälle kommen 7 Todesfälle (einschließlich eines moribunden Falles).

Auf 11 ohne Blutentziehung behandelte: 5; dort also 23%, hier 44·4%. — Die Blutentziehung geschah durch Blutegel oder Venaesektio. — (Charité-Annalen, 1905.)

5. Von der reinen renalen Urämie, die mit einem ganz gesunden oder wenig affizierten Herzen einhergehen kann, haben wir, nach Huchard, eine andere, seltenere Form, die kardiale, zu unterscheiden, bei der infolge der Zirkulationsschwäche die harnfähigen Stoffe schlechter ausgeschieden werden; ganz rein kommt diese Form selten vor. Bei der Besprechung der Therapie ist es zweckmäßig, beide Formen getrennt zu behandeln. — Bei der renalen Urämie beginnt man die Behandlung zweckmäßig mit einem kräftigen Aderlaß von 400 bis 500 cm³; in leichteren Fällen wird man eventuell durch 6—8 blutige Schröpfköpfe oder 8—12 Blutegel in der Nierengegend bereits subjektive Erleichterung verschaffen. Man setzt dann den Kranken nicht gleich auf Milchdiät, sondern läßt ihn die ersten 24 Stunden nur reines Wasser ($1^1/_2$ bis 2 l) trinken, dem man bei geschwächten Individuen zirka $^1/_3$ l Milch zusetzen kann; dazu eventuell noch 0·25 g Koffein subkutan. Vom zweiten Tage an gibt man dann in steigender Menge Milch bis zu 3 l. Wiederholen sich stürmischere Erscheinungen am zweiten Tag, so kann man noch einen kleinen Aderlaß von 100—150 cm³ machen. Ist der Kranke anämisch, so ist es besser, ihn kräftig abführen und schwitzen zu lassen (letzteres durch Einreiben mit einer Pilokarpinsalbe 0·2% und Einwickeln in Tücher). Das Zustandekommen der Diurese kann man unterstützen durch Aether sowie durch Verabreichung großer Kaltwasserklistiere. Die vielfach angewandten Kochsalzinfusionen nützen nicht so viel, daß ihre Unbequemlichkeiten dadurch gutgemacht werden könnten. Viel verwendet wird jetzt auch die Opotherapie nach Renaut; aber sie ist nicht ungefährlich und man sollte sie nur in Fällen schwerster Urämie zur Anwendung bringen, wenn alles versagt. Selten werden Morphiuminjektionen in Frage kommen; ist ein Herztonikum erwünscht, so wird man eher als zur Digitalis zum Koffein und Kampferöl greifen.

Bei den Herzaffektionen, die zur Urämie führen, handelt es sich meist um arteriosklerotische Formen, bei denen die Nieren an sich schon geschädigt sind. Oft führt hier ein Uebermaß von Fleischgenuß zu leicht urämischen Zuständen (dyspnée toxi alimentaire). Hier schreitet man mit 8—14tägiger strenger Milchdiät und Diuretin (dreimal 0·5 g) ein. Nach dieser Zeit verringert man das Milchquantum und fügt Eier, Gemüse etc. hinzu, aber nur sehr wenig Fleisch (60—80 g täglich). Getränke soll man dabei nicht mehr als 2—$2^1/_2$ l geben, nur bei der exklusiven Milchdiät mehr. Sobald man merkt, daß das Herz dieser Menge nicht mehr gewachsen ist, daß Einfuhr und Ausfuhr nicht mehr im richtigen Verhältnis stehen, geht man mit der Menge zurück. Sehr zweckmäßig ist es, derartigen Patienten, wenn sie schon eine freiere Kost haben, ein- bis zweimal in der Woche einen Tag lang nur Milch zu geben. Beim geringsten Zeichen der Herzinsuffizienz gibt man Digitalin in kleinster Dosis: $^1/_{10}$ mg täglich um 10 Uhr früh, zehn Tage lang; nach 5 bis 25tägiger Pause wieder in der gleichen Weise. Andere Kardiatonika wirken viel zu unsicher. Bei starken Unterschenkelödemen nützen Stichelungen der Haut (Asepsis, Vaselin). Vorsichtige Abmagerungskuren verschaffen oft dem Herzen größere Bewegungsfreiheit. Kommt es trotz aller dieser Maßregeln zu urämischen Erscheinungen, so werden lediglich symptomatische Maßnahmen in Frage kommen: Morphin und Heroin gegen die Dyspnoe, Chloral und Veronal gegen die Insomnie. Gegen heftige Kopfschmerzen und das Coma uraemicum hat man auch die eventuell wiederholte Lumbalpunktion empfohlen; doch wird man in Anbetracht dessen, daß der Eingriff nicht ganz gefahrlos, sein Erfolg nur vorübergehend ist, nicht sehr gerne dazu greifen. — (Journal des Praticiens Nr. 28 u. 29, 1905.)

6. Halipré's Patient, ein 66jähriger Mann, litt an Bright'scher Krankheit mit starken Oedemen; neben sonstigen Sym-

Digitized by Google

ptomen bestand heftigstes Kopfweh, das jeder Behandlung trotzte. (Bei uns würde man nach den Angaben der Krankengeschichte hochgradige Herzinsuffizienz, aber keine Urämie annehmen.) Vf. machte nun eine Lumbalpunktion, bei der unter starkem Druck 30 cm³ Flüssigkeit entleert wurden. Vom Tage an waren die Kopfschmerzen verschwunden und blieben es vier Wochen lang. Dann traten sie kurz vor dem Tode wieder, aber mit verminderter Intensität auf. Vf. glaubt, daß sie durch einen stärkeren serösen Erguß in den Rückenmarkkanal hervorgerufen worden waren. — (Rev. méd. de Normandie, Okt. 1904.)

7. Es handelte sich in dem Falle von Ingegnati um eine schwere akute hämorrhagische Nephritis mit Oedemen und leichten urämischen Erscheinungen, die Tendenz zur Verschlimmerung zeigte. Die Anwendung des wässerigen Nierenextraktes nach Renaut (Verfahren beschrieben vom Ref. in „Fortschr. d. Med.", 1905, Nr. 22/23) bewirkte eine rasche und fortschreitende Vermehrung der Diurese bis auf 3700 cm³, ein Verschwinden des Blutes und ein wesentliches Herabgehen des Albumens und der Formelemente, so daß der Patient nach einigen Wochen mit geringen Resten dieser Elemente entlassen werden konnte. — (Giorn. Intern. d. Scienze Med., 30. Juni 1905.)

8. Teissier hat alle drei Methoden der Opothérapie rénale: die Nephrininjektion, die Injektion von Serum der Vena renalis, die Behandlung mit Nierenmazeration, sehr häufig verwendet und ist mit dem Erfolge zufrieden; in zahlreichen Fällen verschwanden oder besserten sich prompt die urämischen Symptome. Die Nierenmazeration nach Renaut ist häufig schwer anzuwenden, da sie oft mit Ekel genommen und auch vom Magen des Patienten schlecht ertragen wird; Teissier zieht daher das Blut der Nierenvene und bei Nichterhältlichkeit desselben das Nephrin vor. In akuten und bedrohlichen Fällen ist das beste das Serum; man erhält es durch Aspiration aus der Vena renalis der Ziege, eines Tieres, das immun gegen Tuberkulose, und dessen Serum wenig toxisch ist. Man gibt 20 cm³ subkutan; es folgt der Injektion häufig eine heftige, aber vorübergehende, fieberhafte Reaktion. Das Nephrin wird zweimal täglich 2 cm³ injiziert. Es ist eine 30%ige Lösung von Schweinenierensaft in Glyzerin und wird in 5 Teilen Kochsalzlösung verdünnt injiziert; die Injektion ist etwas schmerzhaft. Abgesehen von der antitoxischen hat die Opotherapie auch eine tonisierende Wirkung; Teissier gibt daher auch bei Nephritis ohne Urämie alle zwei Monate 12—15 Tage lang täglich 1 cm³ Nephrin. — (Revue franç. de Méd. et de Chir. Nr. 34, 1905.)

9. Bei der Besprechung der Nephritisbehandlung unterscheidet man zweckmäßig die Fälle ohne von denen mit Hydrops. Bei ersteren erwachsen uns zwei Hauptindikationen: Schutz der Niere vor Reiz, besonders auch solchem durch interkurrente Toxämien, und weiter Erhaltung der kardiovaskulären Kompensation. Man schützt die Nieren durch geignete Diät und hygienisches Leben (richtige Kleidung, Bäder, Vermeidung von Ueberanstrengung, Vermeidung zu großer Höhenlage). Zu große Flüssigkeitszufuhr ist von Uebel; sehr wichtig ist die Sorge für regelmäßigen reichlichen Stuhl (Medikamente, eventuell hohe Einläufe in Knieellenbogenlage). Bei der Erhaltung des kardiovaskulären Gleichgewichtes ist vor allem der arterielle Druck zu berücksichtigen, der ja bei Nephritis meist erhöht ist. Diese Erhöhung ist zwar etwas erwünschtes, darf aber eine gewisse Grenze (zirka 160 mm Hg) nicht überschreiten. In diesem Falle tritt man ihr, abgesehen von einer noch peinlicheren Befolgung der diätetischen und hygienischen Maßnahmen, durch Medikamente entgegen. Man gibt dann jeden Morgen ein salinisches Abführmittel, alle 8—10 Tage statt dessen eine Dosis Kalomel, das auch die Leberfunktion günstig beeinflußt. Die vasodilatatorische Wirkung des Nitroglyzerins ist sehr prompt, aber leider rasch vorübergehend. Für längere Zeit kann man eine Mischung von Kal. bicarb. 1·8, Kal. nitros. 1·2, Natr. nitros. 0·3 (zweimal täglich in viel Wasser) verabreichen. Gut wirkt auch das Erythroltetranitrat, mehrmals täglich

Digitized by Google

0·015; man gibt es monatelang, jeden Monat eine Woche aussetzend. Weiter Akonit, mit kleinsten Dosen beginnend, und nicht zu vergessen Jodkali, aber monatelang. Treten leichte Zeichen einer Herzinsuffizienz auf, so greife man nicht gleich zur Digitalis, sondern versuche Bettruhe, Flüssigkeitsbeschränkung und allgemein tonisierende Mittel.

Treten Oedeme auf, so kann es sich um Herzinsuffizienz oder Exazerbation des chronischen Nierenprozesses handeln. Im letzteren Falle legt man den Patienten ins Bett, gibt ihm Milchmehlkost, läßt schwitzen und abführen; eventuell Aderlaß. In Fällen chronisch-parenchymatöser Nephritis, die von vornherein mit Oedemen in Behandlung kommen, sind keine Diuretika am Platz, sondern protrahierte Bettruhe, Beschränkung von Flüssigkeit und Kochsalz, eventuell völlige Kochsalzentziehung. In leichteren Fällen konzediert man per 100 cm^3 ausgeschiedenen Urins $^1/_2$ g Cl Na in der Nahrung, also bei 1 l Urin zirka 5 g Cl Na. Als Diuretikum bei renalem Hydrops besitzen wir kein besseres Mittel als rektale Irrigationen, und zwar benützt man $^1/_{10}$%ige Lösung von $NaHCO_3$ (heiß und reichlich). Bei sehr starken Oedemen Punktionsdrainagen, Entleerung des Hydrothorax und Aszites. Schwitzprozeduren sind besonders dann von Nutzen, wenn der Gefrierpunkt des Blutes stark erniedrigt ist. Bei starker Anämie Versuch mit Eisen. Kommen die Oedeme von Herzinsuffizienz, so versucht man auch zuerst Ruhe, dann Digitalis (immer zusammen mit einem vasodilatatorischen Mittel), eventuell kombiniert mit Diuretin; dabei kräftige Kost.

Bei urämischen Symptomen sofortige Anwendung von Abführmitteln und Entziehung von Eiweiß aus der Nahrung; Aderlaß zur Erniedrigung des Blutdruckes, aber nicht bei sehr geschwächten Patienten. Dazu Schwitzen und die erwähnten Darmspülungen. Bei akuter Nephritis kann man auch subkutane Kochsalzinfusionen versuchen, nicht aber bei chronischer. Bei ausgesprochenem urämischem Koma hat man Lumbalpunktion empfohlen. — (Med. News, Sep. 1905.)

10. Medikamente kommen bei der Behandlung der Nephritis kaum in Betracht, und im Vordergrunde hat die Diät zu stehen. Die kranke Niere bedarf der Ruhe, so tief und so lange, als es die individuellen Verhältnisse zulassen. Es war daher nichts weniger als rationell, wenn man früher Kranke mit akuter Nephritis reichlich Milch und Wasser trinken ließ. Kräftige Personen läßt man am besten einige Tage hungern, und erst wenn die nephritischen Symptome nachlassen, verabreicht man $^1/_4$ l Milch, dazu Zerealien und Fette. (Nicht recht zu begreifen ist es, wenn manche Alkoholika verbieten, die alkoholhaltigen Milchpräparate dagegen verordnen.) Mit der Besserung des Zustandes legt man dann langsam weiter zu, jedoch ist Fleischbrühe ihres hohen Gehaltes an Extraktivstoffen wegen zu den Speisen zu rechnen, die ganz zuletzt erst erlaubt werden sollten. Akute Nachschübe einer chronischen Nephritis behandelt man wie akute Nephritiden, nur daß man bei den ohnehin nicht in allzu günstigen Ernährungsverhältnissen befindlichen Kranken die Hungerperiode wegläßt. Bei Oedemen gibt man noch weniger Wasser als sonst und verabreicht Diuretin dreimal täglich 1—2 g, aber nur, falls die Oedeme aus Herzschwäche resultieren; es versagt bei andersartigen Oedemen. Bei der chronischen Nephritis muß die Diät individualisieren, und gedruckte Diätzettel sind nicht am Platz; im allgemeinen wird eher zu viel als zu wenig verboten. Das Verbot des roten Fleisches hat nur den Vorteil, daß dadurch überhaupt weniger Fleisch gegessen wird. Vf. gibt einmal im Tage Fleisch, bei den anderen Mahlzeiten dafür Fisch oder Eier. Gewürze sind verboten, dagegen grüne Gemüse und Früchte erlaubt. — (Amer. Med. Assoc. Juli; Boston Med. and Surg. Journal, 7. Sept. 1905.)

11. Grünwald berichtet in einer Arbeit aus der II. medizinischen Klinik zu Wien über einige mit Diuretin angestellte Versuche einer Beeinflussung der nephritischen Albuminurie. Aus seinen Angaben geht hervor, daß es Nephritiden zu geben scheint, in denen das Diuretin (kleinere Dosen als 2·0 g zeigten keine besonders

Digitized by Google

deutliche Wirkung) einen erheblichen Einfluß auf die Menge des ausgeschiedenen Albumens hat, insbesondere sind es die parenchymatösen Formen, die hier in Frage kommen. Weitere Untersuchungen haben zu ergeben, ob dies bei einer größeren Anzahl von Fällen zutrifft. Vielleicht handelt es sich um eine durch die bessere Durchblutung der Niere zustande kommende bessere Ernährung der erkrankten Epithelien, und damit um eine günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses. — (Zentralbl. f. innere Med., Dez. 1905.)

12. Nach den Erfahrungen von R. Weigert verhält sich die Eiweißausscheidung der Nephritiker am ungünstigsten bei vorwiegender Fleischkost, auch dann, wenn gleichzeitig die Kochsalzzufuhr mit der Nahrung auf das Mindestmaß eingeschränkt wird. Bei rein vegetabilischer Diät verhält sich die Eiweißausscheidung am günstigsten. Milch bewirkt nächst Fleisch die höchsten Grade der Albuminurie, dann folgen in aufsteigender Reihenfolge gemischte Kost und Eier. Der Zusatz von Gewürzen zur Nahrung hat anscheinend keinen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf der Nierenaffektionen. Bei Hydrops spielt die Dosierung der Kochsalzzufuhr in der Nahrung die wichtigste Rolle. Mit einer kochsalzarmen Nahrung kann ohne jedes andere Hilfsmittel eine gänzliche Ausscheidung des retinierten Chlornatriums und Wassers erreicht werden. Daneben kommt es gleichzeitig auch zu einer Verminderung der Eiweißausscheidung im Urin. Urämie kann zustande kommen trotz der Steigerung der Chlor- und Stickstoffausscheidung durch kochsalzarme Diät. — (Monatsschr. für Kinderheilk. Nr. 4, 1905.)

13. Bei akuter Nephritis geben nach Mendel jene Formen eine absolut gute Prognose, in denen die Harnstoffausscheidung nicht gestört ist; bei jenen Formen, in denen sie anfangs stark vermindert ist, muß die Prognose mit Vorsicht gestellt werden; sie wird umso günstiger, je besser die Harnstoffausscheidung von statten geht. Die Fälle, bei denen die Harnstoffausscheidung andauernd stark herabgesetzt ist (unter 10 g pro die) haben eine absolut ungünstige Prognose. Diese Nephritisformen stehen unter dem Zeichen der schwersten urämischen Toxikose, bedingt durch Harnstoffretention.

Bei chronischer Nephritis geben jene Fälle, bei denen die täglichen Harnstoffzahlen normale Werte haben, bezüglich des Nierenprozesses und so lange keine Störungen seitens anderer wichtiger Organe bestehen, quoad vitam eine gute Prognose. Die Fälle, bei denen die Harnstoffausscheidung dauernd unter die Norm herabgesetzt ist, haben eine ungünstige Prognose, die um so schlechter wird, je niedriger die Harnstoffzahlen sind. Wo die Harnstoffmenge lange Zeit auf demselben Niveau stand, zeigt ein allmähliches Sinken derselben eine Exazerbation des entzündlichen Prozesses an. — (Zeitschr. f. Heilk., 1905.)

14. Nach den Untersuchungen von Richter genügt die Zurückhaltung fester Bestandteile im allgemeinen infolge mangelhafter Nierentätigkeit nicht, eine Wassersucht hervorzurufen. Die Zurückhaltung ist bei einer ganzen Reihe von Nierengiften die gleiche wie beim Urannitrat und hat trotzdem in diesen Fällen gar keinen Erfolg auf Erzeugung oder Vermehrung hydropischer Ergüsse. Speziell kommt dem Kochsalz in der Pathogenese der Wassersucht nicht diejenige Rolle zu, die ihm neuerdings von manchen Autoren zugeschrieben wird, und die im wesentlichen nur aus der Tatsache der Zurückhaltung von Kochsalz bei nephritischen Hydropsien gefolgert ist. Hydropische Ergüsse lassen sich experimentell sowohl mit als ohne Kochsalz erzeugen, ohne daß in beiden Fällen ein wesentlicher Unterschied statt hat. Von großer Bedeutung für die Erzeugung von nephritischen Hydropsien ist dagegen die Flüssigkeitszufuhr. Die Zurückhaltung von Wasser bei mangelhafter Nierentätigkeit gibt einen wichtigen Faktor bei der Entstehung der Wassersucht ab. Es bleibt allerdings noch zu beweisen, ob nicht auf anderen, außerhalb der Niere gelegenen Wegen diese behinderte Wasserabgabe kompensiert werden kann, speziell, ob etwa durch Haut und Lungen eine erhöhte Wasserabscheidung stattfindet oder

Digitized by Google

ob auch hier eine Beeinträchtigung derselben statt hat.

Mit der Wassersucht verbunden ist in den Versuchen des Vfs. eine Hydrämie. Aber diese, die verhältnismäßig rasch eintreten kann, ist nicht die Ursache der Wassersucht.

Das pathologisch-anatomische Substrat, welches die Nierenerkrankungen mit Wassersucht gemeinsam haben, ist bekanntlich die Glomerulonephritis. Dieselbe ist auch bei der Urannephritis deutlich vorhanden, aber sie unterscheidet sich nicht in charakteristischer Weise von den Befunden bei anderweitigen toxischen Nephritiden, bei denen auf experimentellem Wege niemals Wassersucht erzielt werden konnte, wie bei der Kantharidinnephritis. Das beweist deutlich, daß dem Uran eine besondere spezifische Wirkung zugeschrieben werden muß, die vielleicht außerhalb der Niere ihren Angriffspunkt hat. In dieser Beziehung liegt es am nächsten, mit Senator neben einer schädlichen Einwirkung auf die Glomeruli auch eine spezifische Wirkung auf die Kapillaren sowie die Lymphgefäße der Haut und der serösen Säcke anzunehmen, die ihre Durchsichtigkeit erhöht. Der makroskopische Anblick spricht jedenfalls dafür.

Die mitgeteilten Tatsachen erscheinen für die Theorie der Nierenwassersucht von Wichtigkeit. Aber mit noch größerer Sicherheit läßt sich aus ihnen eine Forderung für die Praxis, für die Verhütung und die Behandlung der Wassersucht, wenigstens bei der akuten Nephritis, ableiten. Sie gipfelt darin, der Regelung der Flüssigkeitszufuhr eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die interessanten Versuche machen es ferner unzweifelhaft, daß reichliche Aufnahme von Flüssigkeit in irgend welcher Form nicht die Zerfallsprodukte in größerer Menge aus dem Körper entfernt, daß sie den Nierenverschluß nicht sprengt, sondern sich das Wasser nur im Körper anstaut und die Neigung zu Hydropsien befördert. Das gilt auch für die so beliebte reine Milchdiät bei akuten Nierenentzündungen und für die Darreichung von Mineralwässern. Jedenfalls ist dieser Punkt bei der diätetischen Behandlung der Nephritiden mit Wassersucht weit mehr zu beachten als die neuerdings in den Vordergrund gestellte Berücksichtigung des Kochsalzgehaltes der Nahrung, respektive der dadurch veränderten osmotischen Druckverhältnisse. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1905.)

15. Eine pathologische Veränderung der Gefäßwand, die sich an toxische, thermische oder traumatische Reize anschließt, kann infolge einer gesteigerten Permeabilität Gelegenheit zu reichlichem Durchtritt von Flüssigkeit geben. Ganz in ähnlicher Weise kann auch nach W. Daniel eine chemische Veränderung des Blutes wirken. Wird dasselbe durch Hunger, unzweckmäßige Ernährung, durch Verwässerung etc. in seinen chemischen Eigenschaften verändert, so leiden die Kapillarendothelien unter ungenügender Ernährung, ihre Permeabilität steigt, und wenn irgend welche Faktoren eingreifen, welche die Transsudation verstärken, kommt es zur Bildung von Oedemen. Es sind aber höchst wahrscheinlich auch vasomotorische Einflüsse im Spiele. Vielfach entsteht im Anschluß an Neurosen oder Nervenkrankheiten Wassersucht. Auch die Pathologie hat eine große Reihe von interessanten Beziehungen zwischen Nervenkrankheiten und Oedembildung kennen gelehrt. So sah man bei Myelitis, Syringomyelie, Lähmung des Halssympathikus, Tabes und vielen anderen Erkrankungen des Nervensystems Oedeme sich entwickeln. Ebenso haben Experimente ergeben, daß Reizung, bezw. Lähmung der Nerven Oedem hervorrufen kann. In der Mehrzahl der Fälle vermutet Vf. Störungen der Gefäßinnervationen, sei es, daß unter der Einwirkung der Vasomotoren ein Gefäßkrampf die Aufsaugung der normal oder durch die Reizung in vermehrter Menge abgesonderten Gewebslymphe verhindert ist, sei es, daß eine abnorm starke sekretorische Tätigkeit der Lymphgefäßendothelien statthat, oder daß beide Momente zusammenwirken. Durch die Störung der vasomotorischen Zentren und Bahnen kann der Tonus der Gefäße aufgehoben und auch wohl die Ernährung ihrer Wandungen beeinträchtigt und ihre

Digitized by Google

Durchlässigkeit gesteigert werden. In praxi wird wohl nie der Fall eintreten, daß eine einzige der angeführten Ursachen allein zur Bildung des Hydrops führt, in der großen Mehrzahl der Fälle spielen eine ganze Reihe von Faktoren eine Rolle bei der Erzeugung dieser Hydropsien. Immerhin ist es denkbar, daß ein Teil der Fälle von „essentieller" Wassersucht einer Störung der Nierenfunktion, vielleicht einer latenten Nephritis ihre Entstehung verdankt. — (Diss. Berlin, 1905.)

16. Nach den Arbeiten Ascolis u. a. darf man annehmen, daß in die Zirkulation gebrachtes Eieralbumin, das sich durch die spezifische Reaktion im Blute nachweisen läßt, die gesunde Niere nur ausnahmsweise passiert, bei nierenkranken Individuen dagegen leicht in den Harn übergeht. Tedeschi kam nun auf den Gedanken, die biologische Reaktion dazu zu verwenden, um leichte Nierenschädigungen bei Infektionskrankheiten und Herzaffektionen ausfindig zu machen. Die betreffenden Patienten erhielten morgens nüchtern 4—5 Eier oder die ihnen entsprechende Menge Eieralbumin; öfter wurden tagelang vorher hauptsächlich Eier als Nahrung gereicht. Trat danach keine Reaktion im Blute auf, so schritt Vf. in einigen Fällen zur subkutanen Einverleibung von 8—10 cm^3 Eieralbumin. Das Blut, das zur Anstellung der Probe diente, wurde zirka 2 Stunden nach Verabreichung des Eiweißes entnommen; der Urin wurde von da an 5—6 Stunden lang stündlich untersucht. Untersuchungen an acht gesunden Individuen gaben siebenmal eine positive Blutprobe; die Harnprobe war aber in sieben Fällen sicher negativ, in einem Falle trat nach der siebenten Stunde ein Präzipitat auf, das Vf. nicht für spezifisch hält. Typhuskranke wurden 20 untersucht: von 18 mit positivem Blutbefund zeigten 7 eine positive Harnreaktion. Patienten mit croupöser Pneumonie wurden 21 untersucht, von denen 16 die spezifische Blutreaktion zeigten; 7 davon ließen Eieralbumin im Harn nachweisen. 18 Tuberkulöse zeigten 15mal positive Blutprobe, davon aber nur 4 mit positiver Harnprobe; in 10 Fällen von akutem Gelenksrheumatismus war die Blutprobe neunmal positiv, die Harnprobe nur viermal. Ein Parallelismus zwischen dem Erscheinen von Serumalbumin und der spezifischen Reaktion im Harn war nicht immer vorhanden; gar nicht selten war Albuminurie da, und die Harnprobe blieb trotz positiver Blutprobe aus. Dagegen ergab sich, daß die spezifische Reaktion im Harn stets positiv war, wenn neben der Albuminurie auch reichlichere epitheliale und granulierte Zylinder auftraten. Die Reaktion konnte sogar auftreten, wenn Zylindrurie ohne Albuminurie vorhanden war. Nachdem nun nach einer großen Anzahl maßgebender Autoren das Auftreten der Zylindrurie eine einfache febrile Albuminurie von einem richtigen nephritischen Prozeß unterscheidet, dürfen wir für die biologische Reaktion dieselbe Bedeutung beanspruchen — auch ihr Auftreten spricht für eine Erkrankung der Niere. — Herzkranke wurden 18 untersucht; alle bis auf einen zeigten die biologische Reaktion im Blut, aber nur sieben davon im Harn; auch hier zeigte sich bezüglich Albuminurie und Zylindrurie ein ähnliches Verhalten wie bei den Infektionskrankheiten. — Zuletzt berichtet Vf. noch über Beobachtungen an drei Fällen von orthostatischer Albuminurie; bei zwei Fällen fiel die Reaktion negativ aus, in einem positiv: in diesem letzteren handelte es sich aber um Folgezustände einer akuten Nephritis. Hier wären weitere Untersuchungen erwünscht. — (La Clin. Med. Ital. Nr. 10, Okt. 1905.)

Tuberkulose.

1. **Ueber die Behandlung Tuberkulöser mit dem Maragliano'schen Serum und mit Hämoantitoxin.** Von A. Gasparini. Ref. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die intravenöse Gelatineinjektion in hoher Dosis bei den foudroyanten Hämoptoen der Phthisiker aus Kavernen.** Von M. Pièrre. Ref. A. Haas, München.
3. **Ueber die Resorption von Tuberkuloseantikörpern im Verdauungskanal.** Von F. Figari. Ref. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber die Diarrhöe der Tuberkulösen.** Von Dr. Renon. Ref. Rosenbaum, München.

Digitized by Google

5. Ueber die Unterbrechung der Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen. Von O. Pförtner. Ref. Fritz Loeb, München.

6. Vergleichende Untersuchungen über menschliche und tierische Tuberkulose. Von Prof. Dr. H. Kossel, Gießen. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Im Ospitale civile zu Treviso wurden im Laufe dieses Jahres neun Fälle vorgeschrittener Tuberkulose mit Serum subkutan und sechs mit Hämoantitoxin (also per os) behandelt. Mit den Seruminjektionen ist Gasparini im ganzen zufrieden. Außer leichten Schmerzen an der Injektionsstelle gab es weder lokale noch allgemeine Reaktion. Das Fieber, das Gewicht, das Allgemeinbefinden, die Nachtschweiße wurden meist günstig beeinflußt; dagegen wurde ein Verschwinden der Bazillen niemals erzielt. Husten und Auswurf wurden meist gebessert; Besserungen des Objektivbefundes bildeten jedoch die Ausnahme. Injiziert wurde alle zwei Tage 1 cm³ in die Nates. Nicht die gleichen günstigen Erfahrungen machte Vf. mit dem Hämoantitoxin (viermal täglich einen Eßlöffel), wenn auch leichte Besserungen vorkamen. — Auszusetzen ist an den Beobachtungen, die im übrigen sorgfältig gemacht sind, nur, daß die Behandlungszeit bei vielen zu kurz ist, als daß man von der Kur viel erwarten dürfte. — (Gazz. degli osped., 6. August 1905.)

2. Pièrre zeigt die schnelle und sichere Wirkung der intravenösen Gelatineinjektion bei Hämoptoen. Bei einer foudroyanten Blutung wurden nach Versagen aller anderen Mittel 300 cm³ Gelatinelösung in die V. cephal. sin. als Ultimum refugium eingespritzt, darauf noch $^1/_2$ l physiologischer Kochsalzlösung. Die Blutung stand fast momentan und der Kranke erholte sich.

Vf. hält die Injektion in die Blutbahn für so wirksam, weil dabei eine große Gelatinemenge ihre hämostatische Eigenschaft in kurzer Zeit entfalten kann, da sie von der Vene aus durch das rechte Herz direkt in den Lungenkreislauf gelangt. So wird der Ort der Läsion gleichsam von Gelatine überschwemmt. Dies erklärt die Ueberlegenheit der intravenösen über die subkutane Methode. Die Methode ist für den Praktiker ebenso leicht ausführbar wie die subkutane, er muß nur mit sicher sterilem Material arbeiten. — (Journ. des Prat. Nr. 32, 1905.)

3. Vorbereitende Versuche von Figari stellten zunächst fest, daß ein wässeriges Extrakt des durch Zentrifugieren frischen Blutes (immunisierter Tiere) erhaltenen Sediments die gleichen agglutinierenden und antitoxischen Eigenschaften besitzt wie das Serum. Dann handelte es sich darum, ein haltbares Trockenpräparat von dem Extrakt herzustellen; es gelang dies durch Eindampfen auf dem Wasserbad bei einer 55° nicht übersteigenden Temperatur und nachfolgende Trocknung über Schwefelsäure. Das so erhaltene Pulver erhielten die Versuchstiere per os zirka 100 Tage lang. Bei Meerschweinchen (täglich 3 g) zeigte sich nach der Behandlung die Agglutinationskraft des Blutes wesentlich gesteigert; die Tiere widerstanden den sonst sicher tötlichen Dosen von Tuberkulin; sie widerstanden ferner der endovenösen Einverleibung virulenter Bazillen drei- bis viermal länger als die Kontrolltiere und zeigten keine so diffuse Tuberkulose wie diese. Ganz ähnlich fielen die Versuche bei Kaninchen (täglich 4 g), Hunden (5 g) und Eseln (25 g) aus; wegen der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Vf. ging nun zu therapeutischen Versuchen an tuberkulösen Menschen über. Die Schwierigkeit bestand hier darin, ein nicht nur haltbares, sondern auch appetitliches und schmackhaftes Präparat zu beschaffen. So entstand das Hämoantitoxin, eine 20%ige Lösung des Maragliano'schen Serums in wässerigem Alkohol, dabei 5% Hb. und 10% Glyzerin enthaltend, eine klare, weinrote, neutrale Flüssigkeit. Behandelt wurden damit 18 Kranke, 5 ambulatorisch, 13 klinisch; sie erhielten Monate hindurch viermal täglich einen Eßlöffel davon. Fünf wurden klinisch geheilt, mit Gewichtszunahmen bis 22 Pfund; ein großer Teil der übrigen wurde weitgehend gebessert; in allen Fällen zeigte sich eine beträchtliche Zunahme der agglutinierenden und antitoxischen Kraft des Blutes. Die günstigen Resultate fordern zu weiteren Ver-

Digitized by Google

suchen auf. — (La Clin. Med. Ital. Nr. 7, 1905.)

4. Beruht die Diarrhöe auf einem einfachen Darmkatarrh, hervorgerufen durch unzweckmäßige Ueberernährung, so heilt dieser Katarrh durch Ruhediät (Reiswasser) rasch ab; anders der Katarrh, der durch Darmtuberkulose verursacht ist. Renon empfiehlt Tannigen, Bismuthi subnitr. mit Opium, bei Darmgeschwüren Methylenblau, Einläufe mit Wasserstoffsuperoxyd (2—3%), schließlich gegen die Wasserverarmung des Körpers subkutane Infusionen artefiziellen Serums. — (Journal des Praticiens Nr. 42, 1905).

5. Im Anschlusse an neun Fälle aus der v. Leyden'schen Klinik in Berlin bespricht Pförtner die einschlägige Literatur. Seine Schlußfolgerungen sind folgende: In den meisten Fällen hat die Schwangerschaft einen schädlichen Einfluß auf den Verlauf der Phthise. Man muß daher zunächst durch Belehrung über die Gefahren und durch antikonzeptionelle Mittel eine Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen zu verhüten suchen. Wird aber die Frau schwanger, so besitzen wir als einziges wirksames Mittel gegen den verderblichen Einfluß der Schwangerschaft nur das, dieselbe zu unterbrechen. Die Unterbrechung hat, wenn das Fortschreiten der Krankheit festgestellt ist, oder der augenblickliche Krankheitszustand es fordert, möglichst frühzeitig stattzufinden. Bei der Unterbrechung ist von Fall zu Fall zu unterscheiden; eine prinzipielle Indikation gibt es nicht. Der Wille der Mutter muß berücksichtigt werden. Auf die äußeren Verhältnisse der Kranken ist bei der Indikationsstellung die größte Aufmerksamkeit zu richten. — (Diss., Berlin, 1904.)

6. Durch die bakteriologische Untersuchung tuberkulöser Veränderungen beim Menschen, Rindern und Schweinen lassen sich zwei verschiedene Typen von Tuberkelbazillen nachweisen, die vorläufig als Typus humanus und Typus bovinus bezeichnet werden können. Die weitverbreitete Tuberkulose der Rinder ist ausschließlich auf Infektion mit den Tuberkelbazillen des Typus bovinus zurückzuführen. Schweine sind in hohem Grade für die Bazillen dieses Typus bovinus, in geringerem Grade für die des Typus humanus empfänglich. Die Tuberkulose des Menschen beruht in erster Linie auf Ansteckung mit Tuberkelbazillen des Typus humanus, die von Mensch zu Mensch übertragbar ist. Tuberkulöse Veränderungen können beim Menschen auch durch Tuberkelbazillen des Typus bovinus hervorgerufen werden. Die Uebertragung der Bazillen des letzteren Typus auf den Menschen kann durch Nahrungsmittel erfolgen, die von tuberkulösen Tieren stammen, in erster Linie durch Milch von Tieren mit Eutertuberkulose. Die Rolle, welche die Tuberkuloseinfektion aus tierischer Quelle für die Verbreitung der menschlichen Tuberkulöse spielt, ist gering im Vergleiche zu der Gefahr, welche von dem schwindsüchtigen Menschen ausgeht. — (Zeitschr. f. Tuberkulose, Band 8, H. 2.)

Typhus abdominalis.

1. **Die Typhusdiagnose des praktischen Arztes.** Von C. Miner Cooper. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Herstellung haltbarer Kulturen zur makroskopischen Serumdiagnostik.** Von G. de Rossi. Ref. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die Bauchreflexe beim Typhus.** Von C. Ortali. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die Gefäßerscheinungen beim Typhus und ihre Veränderungen durch die Balneotherapie.** Von A. Conti und F. Rossi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Die gewöhnliche Behandlung und die Komplikationen des Typhus.** Von R. L. Wilbur. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Die wichtigen Ergebnisse der bakteriologischen Typhusdiagnostik, der Nachweis des Typhusbazillus in Kot, Roseolen, Milzsaft, Blut etc. sind für den Praktiker ohne Wert. Für ihn kommt es darauf an, aus den Ergebnissen einer exakten Krankenbeobachtung einerseits, und der Anwendung einfacher mechanischer Methoden anderseits, die Diagnose zu stellen. Für Typhus sprechen bekanntlich langsamer Beginn der Krankheit, staffelförmiger Temperaturanstieg, rela-

Digitized by Google

tiv verlangsamter, dikroter Puls, mäßige Milzvergrößerung (2.—4. Woche), nur unbestimmte, jedenfalls nicht sehr schmerzhafte Abdominalbeschwerden, häufig Bronchitis, Roseolen, sowie Abwesenheit von Herpes, Ikterus, Konjunktivitis, Schnupfen, Schweißbildung. Von einfachen mechanischen Methoden kommt zunächst die Blutuntersuchung in Betracht. Der Typhus geht in unkomplizierten Fällen meist mit Leukopenie einher (3000—7000); eine Leukozytenzahl von 7000—9000 läßt Zweifel an einem unkomplizierten Typhus entstehen, eine solche von über 9000 schließt ihn fast aus; dabei ist zu bemerken, daß die polynukleären Formen meist den mononukleären gegenüber an Zahl zurücktreten. Weiter die Diazoreaktion. Sie tritt meist schon am vierten Tage auf, und fehlt sie noch nach acht Tagen, so ist ein Typhus sehr zweifelhaft; sie verschwindet gewöhnlich am Ende der zweiten oder im Laufe der dritten Woche. Verschwindet sie nicht trotz Fieberabfalls, so deutet dies darauf hin, daß Komplikationen oder ein Rückfall zu fürchten ist; verschwindet sie jedoch plötzlich, ohne Besserung des Allgemeinzustandes, so deutet dies auf ein Versagen der Ausscheidungskraft der Nieren und ist von übelster Prognose. Zuletzt noch die Widal'sche Probe in der Ficker'schen Modifikation. Sie ist gewöhnlich erst nach der ersten Woche vorhanden, dann aber in zirka 95% aller Fälle. Allerdings ist sie nicht pathognomonisch für Typhus. Vf. schließt hier noch eine genaue Besprechung der Differentialdiagnose an, deren Wiedergabe zu weit führen würde, zumal man sie in jedem Lehrbuch findet. — (California State Journ. of Med. Nr. 8, August 1905.)

2. Versuche mit verschiedenen Mikroorganismen zeigten übereinstimmend, daß Bouillonkulturen, die im Wasserbad eine Stunde lang auf 58—60° erwärmt worden waren, unter sonst gleichen Bedingungen makroskopisch Agglutination schon bei Zufügung weit geringerer Serummengen zeigten, als nicht erwärmte Kulturen. Da bei diesem Verfahren die Vegetationsformen der meisten Bakterien abgetötet werden, kam dem Vf. der Gedanke, dasselbe anzuwenden, um Dauerkulturen für die Serumdiagnose zu erhalten, die dann den doppelten Vorteil hätten, daß einerseits chemische, eventuell die Reaktion störende Abtötungsmittel vermieden werden, daß anderseits die Reaktion eine noch feinere wird. Versuche hierüber wurden mit Typhusbazillen, Bacillus subtilis, pyocyaneus und dem Staphylococcus albus angestellt. Es ergab sich, daß derart vorbereitete Kulturen, auch wenn sie nachher drei Monate lang bei von 3°—37° wechselnden Temperaturen gehalten werden, auch nach dieser Zeit noch ebenso empfindlich gegenüber den agglutinierenden Seris sind. Vf. glaubt allerdings nicht, daß man im Laboratorium derartige Kulturen stets verwenden soll, bei denen man immerhin auf die Beweglichkeit vieler Formen, ferner auch auf die mikroskopische Reaktion von vorneherein verzichten muß; in ihr Recht treten sie dagegen beim Praktiker, der über die Hilfsmittel eines bakteriologischen Laboratoriums nicht verfügt. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 31, 1905.)

3. Vf. bestätigt auf Grund der Untersuchung von 61 Fällen die Angaben Siccards (franz. Kongreß f. Innere Medizin 1904), daß beim Abdominaltyphus die Bauchreflexe fehlen; seine Beobachtungen sind um so beweisender, als er sehr frühe zu den Patienten gerufen wurde, und so bei Beginn der Erkrankungen das Vorhandensein der Reflexe in 95·4% (Männer), bezw. 92·3% (Frauen) feststellen konnte. Da die anderen Reflexe beim Typhus nicht fehlen, muß die Abwesenheit der Bauchreflexe einen lokalen Grund haben, und zwar kann dieser — Vf. kommt per exclusionem zu diesem Schlusse — nur eine Hemmung des Reflexes auf der Splanchnikusbahn von den Darmulzera aus sein. — (Gazz. degli osped. Nr. 124, 15. Okt., 1905.)

4. Das Ergebnis der Untersuchungen bei ca. 80 Typhuskranken war, daß sowohl beim Kind wie beim Erwachsenen der mittlere arterielle Druck niedriger ist als normal, und daß dieses Verhalten um

Digitized by Google

so mehr hervortritt, je mehr das Individuum herangewachsen ist, während dabei die Unterschiede zwischen geringstem und stärkstem Drucke größer werden. Einer höheren Temperatur entspricht im allgemeinen ein Heraufgehen der Pulszahl und ein Herabgehen des Druckes; nur bei Beginn der Erkrankung ist der Druck gewöhnlich höher, als der Temperatur entspräche.

Untersuchungen über den Einfluß der Bäder auf den Blutdruck wurden bei 26 Tyhuskranken angestellt. Der höchste wie der niederste arterielle Druck erwies sich — mit Ausnahme zweier letal verlaufener Fälle — stets nach dem Bade als höher, ebenso war der mittlere arterielle Druck ausnahmslos nach dem Bade höher. Die blutdrucksteigernde Wirkung des Bades ist dabei nicht vorübergehend, sondern dauert stundenlang an. In etwa einem Fünftel der Fälle blieb in den ersten Tagen die Blutdruckerhöhung aus, oder der Blutdruck wurde gar niedriger. Diese Vorkommnisse, selbst ein Sinken um 10—15 mm Quecksilber, haben in den ersten Tagen der Erkrankung keine ungünstige, prognostische Bedeutung; wenn aber auch in der Folge der Blutdruck nach dem Bade niedrig bleibt, so weist dies auf eine ungünstigere Prognose hin. Gelegentlich zeigte der Druck im Verlaufe eines Tages beträchtlichere Schwankungen, und öfter erwies sich dabei das Bad als ein Regulator des Druckes, indem es zu hohen Druck herabsetzte, zu niederen erhöhte. Das Bad verringert konstant die Pulsfrequenz, dabei wird die Pulswelle niedriger. Die Dikrotie wird nur selten nach dem Bade deutlicher.

Vf. empfiehlt warm die Bäderbehandlung des Typhus, und zwar schon in frühen Stadien der Krankheit; kontraindiziert sind dagegen Bäder dann, wenn ihnen konstant eine Blutdruckerniedrigung — das Zeichen einer Schwäche des Herzmuskels — folgt. — (Il Morgagni Nr. 10, 1905.)

5. Eine spezifische Therapie des Typhus — die Anwendung irgend eines der verschiedenen Sera — ist gegenwärtig noch nicht anzuraten. Das beste, das wir besitzen, das von Chantemesse, ließ in der Hand seines Darstellers immer noch 5%, in anderen Pariser Spitälern gar noch 8·7% Mortalität übrig, also kaum ein wesentlicher Gewinn gegenüber der alten symptomatischen Behandlung. Immer noch halten wir uns zweckmäßig an diese. Ein wesentlicher Punkt ist die richtige, sachgemäße Krankenpflege, dann die geeignete Diät. Das beste Nahrungsmittel für den Typhuskranken ist und bleibt die Milch; inwieweit man ihr Kalkwasser, Vichywasser zusetzen, oder sie durch Kindermehle, Buttermilch, Molken, Whiskymilch, Milchkaffee etc. ersetzen will, hängt von den individuellen Verhältnissen und der Verdauungskraft des Einzelfalls ab. Zuviel Fleischbrühe ist jedenfalls zu vermeiden; sie besitzt wenig Nährwert und ist für die Nieren nicht indifferent. Die Anwendung etwas konsistenterer Kost, wie Eier, Toast, Hafergrütze, mag in einzelnen Fällen gut tun, wird aber in anderen von schädlichem Einfluß sein. Die Milch bildet auch nach der Entfieberung, wenn reichlichere Kost gegeben wird, den Grundstock der Ernährung. Reichliche Flüssigkeitszufuhr ist beim Typhus erwünscht. — Die Wasserprozeduren sind sehr zu empfehlen; doch eignen sich Wannenbäder im wesentlichen nur für das Krankenhaus; im Privathaus sind sie zu umständlich, anstrengend und werden besser durch kalte Einpackungen, Abwaschungen und die Eisblase ersetzt. — Von Medikamenten kommen zunächst Darmantiseptika in Betracht; man gibt Salol oder Guajakolkarbonat 3—4 stündlich 0·1; oft wirkt auch Terpentinölemulsion in kleinen Dosen Wunder bei belegter Zunge, aufgetriebenem Leib und toxämischen Zuständen; gute Dienste leistet es auch in Verbindung mit dem Darmrohr nach Hämorrhagien. Antipyretika erweisen sich meist als unnötig und sind stets eine gewisse Gefahr für das Herz. Als Stimulantien dienen kleine Dosen Alkohol, Strychnin (häufige kleine Dosen), Digitalin, Koffein, eventuell Kampferöl, Moschustinktur, Epinephrin, Ergotin etc. Bei Verstopfung gibt man kleine Kalomeldosen (doch hat Vf. einmal direkt

Digitized by Google

nach Kalomel eine Blutung gesehen), besser noch kleine Mengen salinischer, dagegen keine pflanzlichen Mittel. Einläufe seien stets nur klein (Glyzerin!); besser ersetzt man sie durch Suppositorien. Gelegentlich muß man auch Sedativa (Heroin, Hyoszin, Veronal, Brom etc.) oder Diuretika (Diuretin) geben. Bezüglich der Komplikationen ist hier noch zu erwähnen, daß Vf. kein prinzipieller Anhänger der Operation bei Perforation ist, wenigstens nicht in der Privatpraxis; von vier Fällen sicherer Perforation, die er sah, heilten zwei spontan. — (California State Journ. of Medicine, Nr. 8, August, 1905.)

Anorganische oder organische Eisenpräparate. Experimentelle Studien von H. P. T. Oerum, Kopenhagen. Ref. Klemperer, Karlsbad.

Um die Frage zu entscheiden, ob bei Anwendung des Eisens die organischen oder anorganischen Präparate vorzuziehen sind, machte der Vf. eine Reihe experimenteller Studien und wählte hiezu innerhalb der organischen Gruppe das Hämatinalbumin und Ferratin, innerhalb der anorganischen Stoffe das Ferrum lacticum und Sulfas ferri.

Die erste Versuchsreihe umfaßt zwölf Kaninchen, hievon vier Kontrolltiere, bei denen vorerst durch sechs Wochen mittels wiederholter Aderlässe einerseits alles Reserveeisen entfernt, anderseits ein gewisser Grad von Anämie hervorgebracht wurde. Nachdem auf diese Art ein einheitliches Ausgangsgewicht gewonnen wurde, erhielten die Tiere durch 24 Tage täglich dieselbe Menge per Kilo Körpergewicht organisches respektive anorganisches Eisen, und zwar je zwei Tiere stets dasselbe Präparat. Jeden vierten Tag wurde der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen bestimmt. Die so gewonnenen Kurven zeigten, daß der Hämoglobingehalt am raschesten bei denjenigen Kaninchen anstieg, welche Hämatinalbumin erhielten, weniger rasch bei den mit Ferratin und absteigend bei den mit anorganischem Eisen behandelten und den Kontrolltieren zunahm. Die anorganischen Präparate waren demnach den organischen unterlegen und von den letzteren war das Hämatinalbumin am wirksamsten. Die Mittelwerte der Totalvermehrung des Hämoglobingehaltes innerhalb 24 Tagen mögen angeführt werden: 11·61% Hämatinalbumin, 8·52% Ferratin, 7·8% anorganische Präparate und 6·34% Kontrolltiere.

Die Tiere wurden am 24. Tage getötet und eine genaue Eisenanalyse der Leber, Milz und Knochenmark zeigte eine Vermehrung des Eisengehaltes derart, daß bei den anorganischen Präparaten sich das Eisen hauptsächlich in der Leber, bei den organischen dagegen in der Milz und dem Rückenmark deponiert hat.

Nachdem nun die Ueberlegenheit der organischen Eisenpräparate bei experimenteller Anämie bewiesen und das Organ ermittelt war, wo das Eisen gewissermaßen in Reserve behalten wird, suchte der Vf. durch eine zweite, an zehn Hunden angestellte Versuchsreihe zu ermitteln, welches von den im Körper angesammelten Eisenpräparaten eine später hervorgerufene künstliche Anämie am raschesten behebt. Die Versuchstiere erhielten durch eine gleiche Zeitperiode täglich eine gleiche Menge Eisen der verschiedenen Präparate einverleibt. Nach zehn Tagen, als entsprechend einer gemachten Blutuntersuchung das zirkulierende Eisen sich in Reserveeisen verwandelt haben dürfte, wurde ein Aderlaß in ungefähr gleicher Menge bei sämtlichen Tieren vorgenommen, so daß ein relativ gleicher Grad von Anämie eingetreten ist. In den folgenden Wochen wurden täglich Hämoglobinmessungen vorgenommen und die Kurven zeigen deutlich die Steigerung des Hämoglobingehaltes. Aus denselben ist zu entnehmen, daß bei den mit Hämatinalbumin vorbehandelten Tieren der Hämoglobingehalt schon am achten Tage anstieg und einen den ursprünglichen übersteigenden Wert erhielt, zu einer Zeit, da derselbe bei den mit den anorganischen Präparaten vorbehandelten Tieren noch nicht zu steigen anfing, was erst am 28. Tage geschah. Und auch hier zeigte sich das Hämatinalbumin dem Ferratin überlegen.

Besonders ist hervorzuheben, daß die Hämoglobinvermehrung früher bei den Kontrolltieren, die mit Eisen gar nicht

Digitized by Google

vorbehandelt wurden, eintrat, als bei den Hunden, welchen anorganisches Eisen einverleibt wurde, woraus der Schluß gezogen wird, daß das letztere als Reserveeisen im Körper angesammelt auf eine später entstandene Anämie eine kurative Wirkung sicherlich nicht besitzt und daß bloß Reserveeisen für die Hämoglobinbildung Bedeutung hat.

Als Schlußfolgerungen bezeichnet der Vf. folgendes: In einem eisenarmen Organismus wird der Hämoglobingehalt am besten durch organische Eisenpräparate vermehrt; dieselben bilden das Hämoglobin direkt und auch Reserveeisen in einer solchen Form, welche auf die Hämoglobinbildung günstig einwirkt. Anorganisches Eisen wirkt gewiß stimulierend auf die Blutbildung, kann aber das Hämoglobin selbst nicht direkt bilden; auch bildet es kein Reserveeisen in einer solchen Form, welche der Hämoglobinbildung zunutze kommt. — Der Vf. empfiehlt demnach weitere Untersuchungen in dieser Richtung, jedoch in größerem Umfange.

Nervenkrankheiten.

Ein schmerzhaftes Knötchen ungewöhnlicher Art. Von Dozent A. Fuchs, Wien. Ref. Rosenthal, Wien.

Ein 48jähriger Bureaudiener leidet seit sechs Jahren an Schmerzen unterhalb des linken Rippenbogens, die sich bei jeder heftigeren Bewegung zu unerträglicher Höhe steigern und jeder Behandlung trotzen. Die Untersuchung ergab zwei Querfinger unterhalb des linken Rippenbogens in der Verlängerung der vorderen Axillarlinie ein hirsekorngroßes, in die Haut eingebettetes Knötchen, das gegen Druck äußerst empfindlich ist. Diagnose: Neurom eines Hautnerven. Exzision des Tumors in Lokalanästhesie. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies er sich aus zwei rundlichen Zellenhäufungen bestehend, die in das subkutane Fellgewebe eingelagert und durch bindegewebige Septen in zahlreiche Zellnester geteilt werden. Die Zellen selbst sind rundlich, besitzen einen großen Kern und homogenes Protoplasma. Der Tumor ist als Drüse ohne Ausführungsgang, am ehesten ein Epithelkörperchen oder als ein einem Nebennierenadenom ähnliches Gebilde aufzufassen. Unerklärlich bleibt, auf welche Weise ein solches Gebilde in die Haut gelangen kann und warum es so intensiv schmerzhaft war. Vom Augenblick der Exstirpation an war Patient schmerzfrei, arbeitsfähig und vollkommen gesund. — (Neurol. Zentralbl., Nr. 18, 1905.)

Ueber Beinflussung der Menstruation durch zerebrale Herderkrankungen. Von Dozent E. Müller, Breslau. Ref. Rosenthal, Wien.

Nach Axenfeld rufen Geschwülste der Hirnbasis, wahrscheinlich durch Vermittlung der Hypophysis, schon im Beginn der Erkrankung manchmal dauernde Amenorrhöe hervor. Auch im Initialstadium der Akromegalie, die ja fast regelmäßig Hypophysistumoren aufweist, pflegen die Menses auszusetzen. Vf. hat in 5 Fällen von Tumoren des Kleinhirnes und des Okzipitallappens initiale Amenorrhöe konstatieren können, wodurch gelegentlich eine Schwangerschaft vorgetäuscht wurde. Für die gegenseitige Beeinflussung zerebraler Erkrankungen und Menstruationsstörungen erscheinen drei Möglichkeiten gegeben. Die älteste, daß das Gehirnleiden die Folge der Menstruationsstörung sei, bedarf gegenwärtig kaum der Widerlegung. Bei Syphilis und Tuberkulose kann ferner neben Gehirnerkrankungen durch Allgemeinwirkung auf den Körper auch Menstruationsstörung entstehen. Drittens kann, wie in den vorliegenden Fällen, die Störung eine direkte Folge der Gehirnerkrankung sein, besonders bei Geschwülsten der Hypophysis und ihrer Nachbarbezirke, ferner bei solchen Tumoren, die mit starker Hydrozephalusbildung und rascher Erblindung einhergehen. Dies ist besonders bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube der Fall, welche die Hypophysis entweder direkt oder infolge der intrakraniellen Drucksteigerung schädigen. Ob die zerebral bedingte Amenorrhöe durch vasamotorische Einflüsse, welche den Blutzufluß zu den Genitalien hemmen, vermittelt wird, oder auf dem Umwege einer sekundären

Digitized by Google

Störung in der Funktion der Eierstöcke, läßt sich zurzeit nicht entscheiden. — (Neurol. Zentralbl., Nr. 14, 1905.)

Multiple Sklerose unter dem Bilde der Myelitis transversa. Von Dr. R. Morawitz, Straßburg. Ref. Rosenthal, Wien.

Die multiple Sklerose, die besonders in ihren Anfangsstadien eine ungemeine Variabilität der Formen aufweist, erscheint doch nur selten unter dem Bilde der Myelitis transversa. Vf. beschreibt zwei hiehergehörige Fälle. Der erste Patient, ein 17jähriger Jüngling, erlitt im Jahre 1900 eine passagere rechtsseitige Extremitätenlähmung, im Jahre 1902 trat nach einem Sturz Paraplegie der Beine auf. Bei der Untersuchung fand sich spastische Lähmung der Beine mit Blasen- und Mastdarmlähmung, Sehnen- und Hautreflexe erloschen. Kein Babinski. Hirnnerven und Arme vollkommen frei. Innerhalb einiger Monate wesentliche Besserung. Nach kurzem Rückkehr der Gehstörungen, dazu gesellte sich Nystagmus, Zwangslachen, temporale Atrophie der Papillen, Intentionstremor der Hände. Im zweiten Falle bestand das typische Bild der Querschnittsläsion in der Höhe des achten Dorsalsegments. Exitus infolge ausgedehntem Dekubitus. Die Sektion ergab zahlreiche graue Herde im ganzen Rückenmarke sowie im Marklager der Hemisphären und den Nierenganglien.

Eine sichere Diagnose wird in solchen Fällen meist nicht möglich sein. Manchmal ergibt die Anamnese Parästhesien, leichte Paresen, flüchtige Blasenstörungen, welche auf die multiple Sklerose hinweisen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 45, 1905.)

Ueber Polyneuritis cerebralis meniereformis. Von Dr. Arthur Berger, Wien. Ref. Rosenthal, Wien.

Nach v. Frankl-Hochwart sind darunter Fälle zu verstehen, bei welchen auf akut infektiöser Basis Lähmungen von Hirnnerven entstehen, welche sich mit Menière-Symptomen, also mit Ohrensausen, Schwindel, Erbrechen, Schwerhörigkeit etc. kombinieren. Nach Aufzählung fünf bereits publizierter Fälle berichtet Vf. über eine eigene Beobachtung. Ein bisher ohrgesunder 55jähriger Mann, der Lues und Alkohol leugnet und bereits zweimal Ohnmachtsanfälle ohne Folgen überstanden hatte, erkrankte, nachdem er sich heftiger Zugluft ausgesetzt hatte, plötzlich an Kopfschmerz, leichter Benommenheit, heftigem rechtsseitigen Ohrensausen. Beim Versuche, sich aufzusetzen, trat jedesmal heftiger Drehschwindel ein, spontan nur seltener und leichter. Die Weichteile in der Umgebung des rechten Ohres waren geschwellt, an der Ohrmuschel und im äußeren Gehörgange fanden sich einzelne Herpesbläschen. Der rechte Nervus facialis ist in allen seinen Aesten total gelähmt, so daß der rechte Mundwinkel nicht bewegt, das rechte Auge nicht geschlossen und die rechte Stirnhälfte nicht gerunzelt werden kann. Die rechte Gesichtshälfte hypästhetisch. Geschmack an der Zunge vorn l < r, hinten gleich. Trommelfell normal, Weber nach rechts, Rinne beiderseits +, Flüstersprache rechts, a. e. l. normal, Kopfknochenleitung rechts fehlend. Die anderen Hirnnerven normal, ebenso der sonstige Befund. Nach 14 Tagen hatte der Schwindel stark nachgelassen, die Fazialisparalyse war geringer, ausgesprochene Entartungsreaktion im Gebiete des rechten Fazialis, die Hörschärfe besserte sich zusehends. Das akute Auftreten der Erkrankung, die vorangegangene Erkältung, der Herpes sprechen für einen akut infektiösen Prozeß, der den rechten Nervus facialis und acusticus, sowie die sensible Portion des rechten Trigeminus betraf, also für eine Neuritis. — (Neurol. Zentralblatt, Nr. 18, 1905.)

Physikalische Therapie.

Natürliche Fangokuren und andere äquivalente thermische Applikationen. Von Prof. C. Colombo, Rom. Ref. Buxbaum, Wien.

Die therapeutischen Erfolge, die zahlreiche Autoren mit der lokalen und allgemeinen Anwendung von Wärme erzielten, sind so widersprechend, daß der Autor eine Studie über die physiologische

Digitized by Google

Wirkung von Fango und trockener Wärme anstellte. Er bediente sich des Fango aus Abano, Battaglia, Viterbo, Castrocaro, Celese und des Apparats von Dososino für trockene Wärme. Dabei hatte er im Auge, 1. den Einfluß auf die Zirkulation festzustellen, zu welchem Behufe er die Herzensenergie, den Blutdruck, die Form und Frequenz des Pulses studierte, 2. die nervöse und muskuläre Energie, die er mit dem Ergographen von Mosso und dem Dynamometer von Collin studierte, und 3. das Körpergewicht, das er vor und nach der Applikation bestimmte. Hier die Resultate der Untersuchungen:

1. Fango verliert nicht seine Eigenschaften und seine physiologische Wirkung auf den Organismus, auch wenn er entfernt von dem Orte seines Ursprungs angewendet und künstlich auf die Ursprungstemperatur gebracht wird. Dieselbe Masse von Fango behält ihre Wirkungskraft sowohl unmittelbar nach einer, als auch nach in Intervallen aufeinander folgenden Applikationen.

2. Allgemeine oder lokale Anwendung von trockener Wärme, die mit dem künstlichen Erwärmungsapparate von Dowsing (i. e. elektrische Lampen von hohem kalorischen Werte) erzielt wurde, wobei die Temperatur gleich und gleichmäßig abstieg, wie beim natürlichen Fango, bewirken identische Resultate wie diese, jedoch ohne Störungen und Intoleranzerscheinungen, wie sie durch die natürlichen Fangoarten veranlaßt werden.

3. Die Temperatur, die bei den Apparaten für trockene Wärme von Dowsing angewendet wurde — sowohl bei lokaler als auch bei allgemeiner Applikation — kann viel höher gebracht werden (150 bis 200° C.) als bei natürlichem Fango, wo wir höchstens 52—54° C., ohne verschiedene Störungen hervorzurufen, anwenden dürfen. Es werden auf diese Art die gleichen Wirkungen auf Zirkulation, Nerven- und Muskelenergie, sowie auf das Körpergewicht erzielt, doch sind die Effekte bei so hohen Temperaturen viel intensiver und dauernder.

4. Die Applikation von Fango in einer höheren Temperatur als 52—54° wird wegen schmerzhaften Brennens in der Haut nicht ertragen. Bei nur etwas höheren Temperaturen als den genannten zeigten sich so mächtige Phänomene von Intoleranz seitens des Herzens und der Nervenzentren, daß man die Applikation unmittelbar suspendieren mußte.

5. Daraus ergibt sich der Schluß, daß die physiologische Wirkung der natürlichen Fangoapplikationen, daher auch ihre therapeutische Wirkung, nur von ihrer Temperatur abhängt.

Die Vorliebe für natürliche Fangoapplikationen und ihre reelle therapeutische Wirksamkeit erklärt sich daraus, daß Fango, so lange kein besserer wärmehaltender Körper bekannt war, wegen seiner Eigenschaft als schlechter Wärmeleiter und infolge dessen wegen seiner lange unveränderlich bleibenden Beschaffenheit bevorzugt wurde. — (Blätter f. klin. Hydroth. Nr. 7, 1905.)

Das Luftbad, seine physiologische Wirkung und ärztliche Verwendung. Von Privatdozent Dr. Determann, St. Blasien. Ref. Buxbaum, Wien.

Wenn auch die experimentellen Beweise für die Wirksamkeit des Luftbades noch lange nicht erbracht sind, so geben doch praktische Erfahrungen und physiologische Ueberlegungen den Beweis, daß Luftbäder eine nachhaltige und oft mächtig wirkende Anregung des ganzen Spiels der Funktionen des Organismus und damit eine Förderung des Gesundheitszustandes bei Gesunden und Kranken erzielen werden. Diese Bestrebungen setzen an der Haut ein, die nicht bloß Fell, sondern ein lebenswichtiges Organ der Empfindung, der Ausscheidung, der Blutverteilung etc. ist. Durch Uebung und Stärkung der Haut wirkt auch das Luftbad als Schönheitsmittel. Immer mehr kommt man zu der Erkenntnis, daß Anregung und Uebung der Funktionen oft wichtiger als Schonung ist, nicht bloß zur Verhütung, sondern auch zur Heilung von Krankheiten. Deshalb sollte das Prinzip der Uebung immer mehr bei Kranken auch hervorgehoben werden und mehr der Zustand der Funktionen und Organe, als der Name der Krankheit dabei berücksichtigt werden. Denn wir

Digitized by Google

wollen eine Gesundheit erzielen, die nicht nur bei Fernhaltung von allen Schädlichkeiten hält, sondern die einigermaßen auch den Stürmen und Schädigungen des Lebens gewachsen ist.

Bei Gesunden, besonders bei Leuten, die sich viel im Zimmer aufhalten, ist das Luftbad ein vorzügliches Mittel, um den Stoffwechsel anzuregen, die Ausdünstung zu erleichtern und um durch den Kältereiz die Hautmuskeln zu üben und damit einen wirksamen Schutz gegen Erkältungen, besonders bei Kindern zu erzielen. Durch die Anregung zur Körpertätigkeit, durch die entstehenden Kraft- und Frischegefühle werden weitere günstige Folgen vermittelt. Unter den Kranken, bei deren Auswahl für das Luftbad übrigens der Zustand der Funktionen und des Körpers mehr entscheidet, als der Name der Krankheit, sind es besonders die funktionellen Nervenkranken, deren Verlangen nach Luft und Licht man nachgeben soll. Vielfach lästige Allgemeinempfindungen, Kopfschmerzen, nervöse Magenstörung, schlechter Schlaf, Erregungszustände etc. werden mit großem Erfolge durch das Luftbad behandelt. Auch mag bei diesen Kranken die psychische Wirkung eine große Rolle spielen. Jedenfalls sind sie fast sämtlich begeisterte Anhänger desselben.

Auch einige organische Nervenkranke kann man unter Ueberwachung luftbaden lassen. Ebenso noch kräftige Zuckerkranke, Gichtiker, Blutarme, Bleisüchtige; besonders gute Erfolge erfahren Fettleibige, die man bis zu vielen Stunden täglich im Luftbad lassen kann. Auch Kranke mit Morb. Basedowii finden nicht selten eine wesentliche Besserung. Bei leichten Herzkranken darf man die Luftbäder nicht zu kalt wählen. Ebenso nicht bei Arteriosklerose. Anderseits ist bei diesen Kranken der günstige Einfluß auf Blutverteilung und auf die Hautgefäße bemerkbar. Endlich kommen leichtere Erkrankungen innerer Organe, alte Reste von Rippenfellentzündungen, sowie von Lungenverdichtungen und auf Blutüberfüllung beruhende Leber-, Milz- und Darmerkrankungen für ein schonendes Luftbad in Betracht.

Zu verwerfen oder mit äußerster Vorsicht zu verordnen ist das Luftbad bei Nieren- und schweren Herzkranken, bei Rheumatismus, bei schweren Nervenkranken, bei hochgradigen Erregungszuständen, bei sehr schlechtem Schlaf; auch entzündliche und katarrhalische Erkrankungen, besonders bei Neigung zu Blutungen sind davon fernzuhalten. Einige unerwünschte Nebenwirkungen, besonders Entzündungen und Reizzustände der Haut, Kopfschmerz, Blasenreizungen, sind zu erwähnen. — (Blätter f. klin. Hydroth. Nr. 4, 1905.)

Ein Beitrag zur Behandlung der Kapillarbronchitis. Von Dr. Schopohl, Groß-Lichterfelde. Ref. Buxbaum, Wien.

Das kranke Kind wird, je nach der Individualität, in ein Bad von zirka 36 bis 38° C. gebracht, dann die Temperatur allmählich durch intermittierendes Zugießen von heißem Wasser auf 40—45° erhöht; so suchen wir das Kind, wenn möglich, zum Schwitzen zu bringen. Dauer des Bades zirka 10—20 Minuten. Um die durch das heiße Bad erzielte intensive Hautröte zu erhalten, beziehungsweise noch zu verstärken, kommt das Kind unmittelbar darauf in eine Ganzpackung. Diese wird inzwischen in der Weise vorbereitet, daß eine wollene Decke ausgebreitet wird und darüber ein leinenes Tuch. Auf diese Unterlage wird das Kind aus dem heißen Bade unabgetrocknet gelegt und zunächst mit dem leinenen Tuch bis auf das Gesicht völlig eingewickelt und dann ebenso mit der wollenen Decke; der über die Füße überstehende Teil wird nach oben umgeschlagen. Man kann noch eine zweite wollene Decke dazu nehmen, eventuell an die Seite heiße Kruken legen. In dieser Packung bleibt das Kind 1—2 Stunden liegen. Wenn man im heißen Bade noch keinen Schweiß erzielt hat, so gelingt es meist, in dieser Packung das Kind zum Schwitzen zu bringen. Nach der genannten Zeit wird das Kind ausgepackt, und nun wird die Brust mit einem Oel-Guttapercha-Umschlag umwickelt. Dieser wird in der Weise hergestellt, daß ein genügend großes Stück Guttaperchapapier

Digitized by Google

auf einer Seite mit angewärmtem Oel bestrichen und um die Brust des Kindes gelegt wird; darüber wird zur Befestigung ein Flanellwickel gemacht. Durch diesen Oel-Guttapercha-Umschlag wird eine dauernde gelinde Hyperämie der Haut hervorgerufen, beziehungsweise erhalten, ohne auf den Organismus zu stark einzugreifen. In den meisten Fällen gibt eine einmalige tägliche Anwendung dieses Verfahrens schon in den ersten Tagen dem Verlaufe der Krankheit eine günstige Wendung. In besonderen Fällen haben wir die Prozedur am Nachmittag noch einmal wiederholt. Dazwischen lassen wir mehrmals täglich mit Unterbrechung feucht inhalieren. Auch in der Praxis läßt sich solches leicht erreichen durch Verdunstenlassen von kochendem Wasser. Ueberhaupt läßt sich in der Praxis diese ganze Prozedur leicht und mit wenigen Mitteln gut durchführen. Ein Gefäß zum Baden (wenn keine Wanne vorhanden ist), Oel und Guttaperchapapier dürften überall leicht zu beschaffen sein.

Die Wirkung heißer Bäder bei der Kapillarbronchitis haben auch schon andere Autoren gerühmt.

Baelz (Tokio) sagt hierüber folgendes: „Bei diesen Krankheiten, namentlich der Kinder, übertrifft das heiße Bad alle anderen Mittel. Es wirkt offenbar durch die starke Ableitung auf die Oberfläche und durch die so erzeugte Entlastung des rechten Herzens und des kleinen Kreislaufs. Dadurch wird die Hyperämie und die Exsudation in den Bronchien beschränkt und die Arbeit des Herzens besser zwischen rechtem und linkem Ventrikel verteilt. Zyanose und frequenter schwacher Puls sind hier also Indikation für, nicht Kontraindikation gegen das heiße Bad. Wer sowohl kalte als heiße Bäder bei Kinderpneumonien angewendet hat, wird nicht im Zweifel sein, welche Form des thermischen Reizes den Vorzug verdient."

In ähnlicher Weise äußern sich andere Autoren, wie Mathes.

Die heilsame Wirkung der Bäder zeigt sich: 1. in bedeutender Lösung des Krankheitsprozesses in den Lungen; 2. in verbesserter Herztätigkeit, Vermehrung der Harnmenge; 3. im ständigen Abfallen des Fiebers und kürzeren Verlauf der Pneumonie; 4. in Verbesserung des Allgemeinbefindens. — (Blätter f. klin. Hydroth. Nr. 4, 1905.)

Chirurgie.

Magenchirurgie.

1. **Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses.** Von Dr. Matti, Bern. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
2. **Zur Chirurgie des Magens vom klinischen Standpunkte.** Von Dr. A. Ochsner, Chicago. Ref. Lewisohn, Heidelberg.
3. **Ueber die Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung der benignen Gastrektasie.** Von A. Sißmann. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Anzeigen und Grenzen für chirurgische Eingriffe am Magen.** Von Dr. J. Boas, Berlin. Ref. A. Haas, München.

1. Auf Grund eines Materials von 100 mehr oder minder ausgedehnten Magenresektionen, die an der Kocher'schen Klinik im Laufe von 14 Jahren ausgeführt wurden, erörtert Matti in äußerst gründlicher Weise die sich aus den Krankengeschichten ergebenden Gesichtspunkte. Aus dem reichen Inhalt können hier nur einige Punkte herausgegriffen werden, im übrigen sei auf das Original verwiesen. Unter den Fällen befinden sich acht im Alter zwischen 20 und 30 Jahren und einer, der noch nicht das 20. Lebensjahr erreicht hatte. Je weiter unsere Erfahrungen schreiten, desto mehr macht sich eben bemerkbar, daß das Kazinom keineswegs ausschließlich eine Erkrankung des höheren Alters ist. Oft waren jahrelang mäßige dyspeptische Beschwerden vorausgegangen, ein Fingerzeig, daß man auch solche erträgliche Magenbeschwerden bei Beurteilung einschlägiger Fälle nicht zu gering anschlagen darf. Die Heredität spielt keine ganz zu unterschätzende Rolle (15% seiner Fälle). In 75% der Fälle war ein deutlicher Tumor fühlbar. Die Palpabilität deckt sich aber keineswegs mit Inoperabilität, wie manche Aerzte meinen. Freie H Cl war in 17% der Fälle vorhanden und die Milchsäurereaktion war bei 20% negativ, woraus zu entnehmen, daß

Digitized by Google

auch die chemische Untersuchung des Magens keine absolut eindeutigen Resultate liefert. Bei Verdacht auf Karzinom wird zur Explorativinzision geraten. Wo immer ausführbar, wurde die Kocher'sche Resektion mit nachfolgender Gastroduodenostomie gemacht, weil sie der physiologischen Norm am nächsten kommende Verhältnisse schaffen und hinsichtlich der Dauerheilung vorzügliche Resultate schaffen soll. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 77, 1905.)

2. Das Ulcus ventriculi kann aus den verschiedensten Ursachen zu operativen Eingriffen Veranlassung geben, entweder wegen heftiger Schmerzen, Hämorrhagien, Perforation, wegen Narbenbildung mit den Folgezuständen (Sanduhrmagen oder Pylorusverschluß mit sekundärer Magendilatation) oder endlich wegen eines auf dem Boden eines Ulkus entstandenen Karzinoms. Die Diagnostik der verschiedenen Affektionen kann unter Umständen eine sehr schwere sein. Als erstes Zeichen treten meist Schmerzen unterhalb des Processus xyphoideus, besonders im Anschluß an Nahrungsaufnahme, auf, während bei Cholelithiasis der Schmerzpunkt gewöhnlich mehr nach rechts und etwas weiter nach unten liegt. Von großem Wert ist eine gründliche Untersuchung der Fäzes auf Sanguis. Ein großer Teil der einschlägigen Fälle kommt zwar mit interner Therapie zur Heilung, doch ist zu betonen, daß die Heilung sehr oft keine dauernde ist; und gerade bei Rezidiven zögere man nicht zu lange mit dem operativen Eingriff. Differentialdiagnostisch können noch Ulcus duodeni, Invagination, Peritonitis adhaesiva, Appendizitis, Neurasthenie etc. in Betracht kommen. Auch Verwachsungen des Netzes in der Unterbauchgegend mit konsekutivem Zug am Magen kann ähnliche Symptome wie das Ulkus vortäuschen. Vf. meint, daß nur kleine Ulcera ohne Operation zur vollständigen Dauerheilung kommen; die Heilung ist oft so perfekt, daß auch bei der Sektion keine Spur mehr vom Ulkus respektive einer Narbe nachzuweisen ist. Für die meisten Fälle ist die beste Operationsmethode die Gastroenterostomie, und zwar gibt Vf. der Mc Graw'schen Ligatur den Vorzug vor dem Murphy-Knopf. — Bei diffuser Perforationsperitonitis darf man nur in den ersten 24 Stunden von der Operation Erfolg erwarten. Bei der akuten Hämorrhagie soll man expektativ vorgehen und erst nach einigen Wochen, wenn die akuten Symptome abgeklungen sind, operieren; zur Ruhigstellung des Magens beschränke man sich in diesen Fällen ausschließlich auf Rektalernährung. Vf. sah mehrmals nach Gastroenterostomie hochgradige akute Magendilatation auftreten; in diesen Fällen ist alsbald der Magenschlauch einzuführen. — (The Canadian Pract. Nr. 7, 1905.)

3. A. Sissmann bezeichnet als absolute Indikationen: 1. wenn als Ursache der Gastrektasie eine maligne Natur der Pylorusstenose nicht mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann; 2. wenn extreme Abmagerung eine schnelle Aufbesserung des Ernährungszustandes ausgeschlossen erscheinen läßt, so daß die drohende Gefahr des Inanitionstodes besteht; 3. bei allen Fällen, bei denen sich die innere Therapie auf Grund einer länger dauernden Beobachtung des Körpergewichts und der Diurese als unfähig erwiesen hat, die Ernährung ausreichend zu unterhalten, vielmehr eine fortschreitende Abnahme des Ernährungs- und Kräftezustandes zu konstatieren ist; 4. bei Tetanie, einer Komplikation der Gastrektasie, die durch interne Therapie nicht zu beseitigen ist und das Leben direkt bedroht.

Relative Indikation: Die chirurgische Behandlung ist relativ indiziert, d. h. bei mittleren Graden der Gastrektasie, wenn die Erhaltung des Patienten sich nur durch beständige und systematische Innehaltung einer schonenden Lebensweise mit beschränkten Ernährungsformen erreichen ließe, welche von ihm die Aufbringung unerschwinglicher materieller Opfer und die Aufgabe seiner Berufstätigkeit erfordert. — (Diss., Berlin 1904.)

4. Im allgemeinen hat nach Boas der Chirurg bei Magenerkrankungen da einzugreifen, wo die interne Behandlung die Krankheitssymptome nicht zu beseitigen oder die drohende Lebensgefahr nicht abzuwenden vermag. Als allgemeine Alters-

Digitized by Google

grenze bezeichnet Vf. das 65. bis 70. Jahr; eine Kontraindikation sieht er ferner in großer Kräftereduktion, Gefäßerkrankungen, Herz- und Nierenaffektionen, Lungenkrankheiten, floriden Diabetes, Gicht mit komplizierender Nephritis.

Im speziellen geht dann Vf. zunächst auf die akuten Magenerkrankungen ein. Bei Hämorrhagien durch Ulcus ventriculi verwirft er im Hinblick auf die bisher wenig günstigen chirurgischen Erfolge die Operation, dagegen empfiehlt er sie für die akute perforative Peritonitis und weist eindringlich auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Operation für den Erfolg hin; zur Beseitigung des akuten Pylorusverschlusses genügt meist die interne Therapie, insbesondere reichliche Magenspülungen.

Bei den chronischen Magenerkrankungen finden zunächst die Indikationen beim Ulcus ventriculi Besprechung. Dabei nimmt Boas einen vermittelnden Standpunkt ein und empfiehlt für das einfache unkomplizierte Ulkus die diätetische Behandlung, die erfahrungsgemäß meist zum Ziel führt. Operative Behandlung erfordern besonders Fälle mit schwer bekämpfbarer Hyperazidität und gleichzeitiger motorischer Schwäche.

Bei den Folgezuständen des Ulcus ventriculi, narbige Pylorusstenose, Sanduhrmagen und Perigastritis empfiehlt Boas im wesentlichen eine chirurgische Therapie. Einzelne Fälle von sogenannter relativer Pylorusstenose verlieren ja durch entsprechende Diät und öftere Spülungen ihre Beschwerden (Vf. führt zwei solcher Fälle aus seiner Praxis an), meist erfordert jedoch die soziale Lage der Kranken auch bei derartigen Fällen die Operation, da sie vielfach außerstande sind, sich auf Monate oder Jahre hinaus einer sachgemäßen Diät zu unterziehen, ferner können häufig rezidivierende Magenblutungen, Inanitionserscheinungen einen operativen Eingriff erfordern, auch wenn die subjektiven Stenosebeschwerden gering sind. Unumstritten ist die Indikation zur Operation natürlich bei der kompletten Stenose und bei dem ähnliche Erscheinungen verursachenden Sanduhrmagen. Von den in Betracht kommenden Operationsmethoden gibt die Gastroenterostomia retrocolica nach Hacker die besten Resultate; die Mortalität der Gastroenterostomie ist etwa 10—13%. Von Komplikationen der Operationen müssen die, wenn auch äußerst seltenen Jejunalgeschwüre und die profusen Fettdiarrhöen erwähnt werden. Für die oft sehr heftigen Beschwerden durch perigastritische Verwachsungen wird die Heilung durch Lösung dieser Adhäsionen (Gastrolysis nach v. Hacker) herbeigeführt. — Beim Pylorospasmus wird man wohl stets durch interne Behandlung das Ziel erreichen. Die sogenannte atonische Dilatation ist nach Boas ein sehr seltenes Leiden; meist handelt es sich um organische Pylorusstenosen und für einen etwaigen Eingriff gilt dasselbe wie bei diesen.

Bei dem Karzinom des Magens ist eine frühzeitige Diagnose enorm wichtig; nur bei umschriebenen beweglichen Tumoren des Pylorus ist eine radikale Operation möglich. Die Schwierigkeiten der Frühdiagnose sind trotz aller Hilfsmittel sehr große, da die Magenkarzinome im Beginn ganz beschwerdelos verlaufen können. Jede Operation wird daher als Probelaparotomie beginnen. Die Resultate in Bezug auf radikale Heilung sind noch sehr bescheidene, nach Mikulicz etwa 17%. Ist eine radikale Operation möglich, so gestalten sich nach derselben der Chemismus der Verdauung und die Ausnützung der Nahrung wieder normal. — Als palliative Operation hat die Gastroenterostomie nur bei Stauung des Mageninhaltes und daraus resultierenden Beschwerden Berechtigung; kontraindiziert ist sie bei starker Kachexie, Metastasen an lebenswichtigen Organen, Aszites, Peritoneal- und generalisierter Karzinome. Die durchschnittliche Verlängerung der Lebensdauer durch die Operation beträgt 6 Monate; im allgemeinen sind die Dauerresultate so wenig befriedigend, daß Boas in Uebereinstimmung mit Mikulicz einer erheblichen Einschränkung der Gastroenterostomie das Wort redet. Die Maydl'sche Jejunostomie findet auch in Boas aus leicht denkbaren Gründen keinen Anhänger. — (Moderne ärztl. Bibliothek von Dr. F. Karewski, Berlin, H. 21.)

———

Digitized by Google

Gelenke.

1. **Die tonsillare Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus.** Von Dr. Gürich. Ref. A. Haas, München.
2. **Ueber gonorrhoische Gelenkerkrankungen.** Von H. W. Frauenthal. Ref. A. Haas, München.
3. **Die Behandlung der Arthritis gonorrhoica mit Bier'scher Stauung.** Von Fr. Hirsch. Ref. E. Deutsch, Wien.
4. **Prognose und Therapie der Kniegelenkstuberkulose.** Von F. Descoeudres. (Chir. Klinik Genf.) Ref. A. Haas, München.
5. **Beitrag zum Studium der Fettembolie nach forciertem Redressement von Gelenkkontrakturen.** Von James Borle. Ref. A. Haas, München.
6. **Ueber die traumatische Entzündung des Kniegelenks.** Von Prof. Dr. Hoffa. Ref. A. Haas, München.
7. **Die Behandlung des Malum corax senile.** Von Prof. Dr. Hoffa. Ref. A. Haas, München.

1. Gurich hält die rheumatische Gelenkserkrankung in allen Fällen für eine Metastasenbildung von einem primären Eiterherd in den Tonsillen aus; durch Beseitigung dieses Herdes wird der Gelenksrheumatismus radikal geheilt. Die bisher übliche Behandlung wirkte nur auf das bereits in Zirkulation befindliche Virus. Die häufigen Anginen der Rheumatiker hält Gurich für Exazerbationen einer chronischen eitrigen Mandelentzündung, die dem rheumatischen Gift Eintritt ins Blut verschaffen. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Ansicht sieht er darin, daß man durch künstliche akute Steigerung der Angina eine Attacke von Rheumatismus hevorrufen könne. Daß bei manchen Rheumatikern anginöse Beschwerden nicht bestehen, erklärt er damit, daß bei Allgemeininfektionen öfter Lokalreaktionen an der Eintrittspforte fehlen. — Die tonsillare Behandlung besteht bei großen Tonsillen in der Totalexstirpation, sonst in der Schlitzung der Mandelgruben. Diese wird in mehreren Sitzungen vorgenommen, die zwischen den Schlitzen stehen gebliebenen Mandelreste entfernt man am besten mit der Doppelkurette. Nach jeder Sitzung tritt fast regemläßig ein kurz dauerndes, mehr minder heftiges Aufflackern der Krankheit ein. — (Wien. klin. Rdsch. Nr. 39 u. 40, 1905.)

2. Im Verlauf der Gonorrhöe kommen in 2—7% der Fälle Gelenkserkrankungen vor. Vf. nimmt die König'sche Einteilung der gonorrhoischen Erkrankungsformen an; auch er betont die kolossale Intensität des Schmerzes, der den bei allen andern Arthritiden besonders in der Nacht übertrifft. Von den Komplikationen ist besonders verhängnisvoll die Endokarditis; Vf. berichtet über zwei so verlorene Fälle. Zur Behandlung der gonorrhoischen Arthritis der Fußgelenke wird ein bis zum Knie reichender abnehmbarer Gipsverband angewandt, um lokale Behandlung mit Heißluft, Elektrizität etc. zu ermöglichen. Bei der Gonorrhöe des Kniegelenkes wird die Sublimatausspülung als gefährlich widerraten. Vf. wendet eine Schiene an, die ihren Widerhalt am Tuber. oss. ischii findet und Extension bei ambulanter Behandlung ermöglicht, außerdem die gewöhnlichen lokalen Mittel und sehr bald Massage und Bewegungstherapie. Für das Hüftgelenk sind die gleichen Apparate und Verbände wie bei der Tuberkulose anwendbar. In jedem Falle ist auf die Erkrankung der Genitalorgane und deren Behandlung entsprechendes Gewicht zu legen. — (Medical News Nr. 1687, 1905.)

3. Seit dem Jahre 1898 wurden an dem städtischen Krankenhause in Frankfurt a. M. an der Abteilung Herxheimer im ganzen 25 Fälle von Arthritis gonorrhoica mit Stauungshyperämie behandelt. Die Stauung begann möglichst früh, d. h. unmittelbar nach Beginn der Erkrankung, wo das nicht möglich war, unmittelbar nach dem Eintritt des Kranken ins Spital. Bei zwei Kranken konnte die Behandlung überhaupt nicht durchgeführt werden, weil sie auf die Stauung mit besonders heftigen Schmerzen reagierten, in allen anderen Fällen wurde die Stauungsbinde gut vertragen und die Schmerzhaftigkeit der Gelenke ließ oft erheblich nach; gestaut wurde zweimal täglich, zuerst nur wenige Minuten, dann $^1/_2$—1 Stunde, selten $1^1/_2$—2—3 Stunden, in der Zwischenzeit wurden Wattepackungen, Prießnitzumschläge, Jodpinselungen etc. verabreicht.

In allen Fällen ließ sich eine auffal-

Digitized by Google

lende Schmerzlinderung nach wenigen Tagen konstatieren, die Resorption des Ergusses ging oft so prompt vor sich, daß schon nach einer Woche mit passiven Bewegungen eingesetzt werden konnte. Unter 25 Patienten befindet sich bloß ein einziger, bei welchem eine Versteifung trotz der Stauung nicht hintangehalten werden konnte.

Der Autor wirft aber doch die Frage auf, ob sich diese Resultate, und zwar sowohl bezüglich der Heilungsdauer, als bezüglich des funktionellen Erfolges wesentlich von den vor der Bier'schen Stauung gewonnenen unterscheiden. Bei einem Vergleich mit analogen Fällen der Abteilung konnte er berechnen, daß die Behandlung mittels Stauung sogar durchschnittlich etwas länger dauert, was allerdings im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Autoren steht und was dadurch bedingt sein mag, daß sich der Autor eigentlich nicht ganz an die Vorschriften Biers, namentlich bezüglich der Dauer der Stauung, hielt. Auch die funktionellen Resultate waren früher keine ungünstigen, wobei allerdings betont wird, daß an der Abteilung nie mit Gipsverbänden gearbeitet worden war. Sicherlich aber sind die Erfahrungen mit der Bier'schen Stauung auch so durchwegs günstig zu nennen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39, 1905.)

4. Descoeudres berichtet über 250 Fälle von Kniegelenkstuberkulose, die in den letzten 25 Jahren an der Genfer chirurgischen Klinik zur Behandlung kamen und insoferne ein ziemlich einheitliches Material darstellen, als sie alle unter Juillard behandelt wurden. Für die Prognose geht auch aus dieser Statistik hervor, daß sie sich mit dem zunehmenden Alter der Patienten verschlechtert, daß sie um so besser wird, je geringer die Gelenksveränderungen im Anfange der Behandlung sind; am besten stellt sich die Prognose, wenn keine erbliche Belastung gegeben ist und im Kniegelenk die einzige Lokalisation des tuberkulösen Virus sich befindet. 80% der behandelten Fälle wurden geheilt. Bei der Nachuntersuchung waren 4—20 Jahre seit der Operation verflossen; sie ergab, daß 40% der Behandelten (und zwar meist an Tuberkulose) gestorben waren.

Die Behandlung war entweder rein konservativ (39·2%) oder es wurde die Resektion (41·6%) oder Amputation (19·2%) vorgenommen; bei einem sehr großen Teil der später resezierten oder amputierten Fälle war vorher längere Zeit vergebens konservativ behandelt worden. Bei den auf konservativem Wege Geheilten bestanden die Gelenksveränderungen im Mittel $22^1/_2$ Monate, bei den Operierten 4 Jahre. Die Mortalität betrug bei den konservativ Behandelten $12^1/_2$%, bei den Resezierten respektive Arthrektomierten 0%, bei den Amputierten 16%, entsprechend der großen Zahl schwerster Fälle, bei denen entweder keine Operation mehr möglich war oder nur die radikalste Therapie noch einige Aussicht bot. Was die spätere Mortalität an Tuberkulose betrifft, so starben von den konservativ Behandelten $37^1/_2$%, von den Resezierten respektive Arthrektomierten $16^1/_2$%, von den Amputierten $38^3/_4$%. Diese Zahlen sprechen, insbesondere mit Rücksicht darauf, daß die zweite Gruppe im allgemeinen viel schwerere Fälle umfaßt als die erste, doch sehr zu Gunsten der heute so angefeindeten Resektion. Nach diesen Zahlen gibt sie einen viel höheren Schutz gegen die Verallgemeinerung der tuberkulösen Infektion als die anderen Methoden. Insbesondere sind die Resultate der heute so in den Vordergrund gestellten reinkonservativen Methode keineswegs glänzende; trotzdem sie gerade bei den leichteren Fällen angewandt wurde, waren Mißerfolge, Rezidive und Generalisation der Infektion bei ihr viel häufiger als bei dem operativen Vorgehen. Sicherlich wird man ja zunächst stets ein konservatives Verfahren versuchen; aber wenn ein Erfolg zu lange auf sich warten läßt oder gar eine Verschlimmerung eintritt, wird man sich um so eher zur Resektion entschließen, als auch die konservativ behandelten Gelenke meist mit Versteifung ausheilen und eine Resektion oder Arthrektomie mit einem Schlage den Krankheitsherd eliminiert. Im übrigen wird man sich bei der Wahl der Methode vom Alter

Digitized by Google

des Patienten, seiner sozialen Stellung, dem Allgemeinzustand und der Schwere der Gelenksaffektion leiten lassen. Jenseits des 30. Lebensjahres wird man stets die Ablatio wie bisher in Erwägung ziehen und nach wie vor stets auf die Allgemeinbehandlung Gewicht legen. — (Diss., Genf 1905.)

5. Borle bespricht zunächst einen Fall von Fettembolie, der an der Klinik de Quervain in La Chaux-de-Fonds beobachtet wurde. Es handelte sich um eine nach einer Osteomyelitis der Tibia aufgetretene Kontraktur des Kniegelenks, die sich in Narkose leicht redressieren ließ. Nach der Operation traten Lungenerscheinungen an zirkumskripter Stelle ohne Dämpfung, hohe Temperatur, rascher, kleiner Puls auf; die Extraktion des Urins mit Aether ergab einen kolossalen Fettgehalt. Der Fall ging in Genesung aus. Im Anschluß daran stellt B. noch elf Fälle von Fettembolie nach forciertem Redressement aus der Literatur zusammen, die sämtlich letal endeten. Der Vf. ist jedoch der Ansicht, und zwar mit Recht, daß diese Komplikation weitaus häufiger sei als sie veröffentlicht werde, und daß sie allzu selten diagnostiziert wird, insbesondere in vivo, obwohl die Symptome ziemlich deutlich sind. Man kann pulmonale, kardiale und zerebrale Symptome unterscheiden. Auf der Lunge hört man gewöhnlich Rasselgeräusche, das Sputum ist häufig sanguinolent; der Puls ist meist klein. Als Ursache der oft eintretenden Herzschwäche sind wohl die Störungen im Lungenkreislauf zu betrachten. Die zerebralen Symptome bestehen in Erbrechen, Trübung des Sensoriums und Störung der Wärmeregulation (sehr hohe Temperaturen). Im Aetherextrakt des Urins sind große Fettmengen nachzuweisen. — Für den häufig letalen Ausgang ist oft die ausgedehnte Verstopfung der Kapillaren lebenswichtiger Organe allein verantwortlich; in manchen Fällen muß auch, worauf besonders Payr hinweist, der Status thymicus und lymphaticus beschuldigt werden, da solche Individuen allen Schädlichkeiten gegenüber wenig widerstandsfähig sind. — Insbesonders wichtig für das Auftreten der Fettembolien ist, daß sie meist nach dem Redressement spongiosareicher Gelenke, also Knie- und Fußgelenk, auftreten, und zwar dann, wenn die betreffenden Skeletteile im Zustand der Osteoporose sind. Diese Osteoporose stellt die Hauptursache für das Zustandekommen von Fettembolien dar. Sie ist eine Inaktivitätsatrophie des Knochens; auf dem Röntgen-Bild ist sie durch helle Flecke deutlich erkennbar, die sich von der Umgebung deutlich abheben. Diese Flecken bezeichnen die Stellen, wo an den Ort des atrophischen Knochens Fettgewebe getreten ist. Wird nun beim Redressement auf solchen Knochen ein Druck ausgeübt, so wird das Fett aus dem Knochen herausgepreßt und von den durch die vorhergehenden Manipulationen zerrissenen Venen der Weichteile aufgenommen.

Prophylaktisch ist bei dem Redressement an Kindern mit Status lymphaticus äußerste Vorsicht geboten. Ist Osteoporose an den betreffenden Knochen nachgewiesen, wird man statt des forcierten Redressements ein anderes Verfahren wählen. Hat man das Gefühl eines elastischen Knochenwiderstandes beim Redressement, wie er durch die Spongiosa geboten wird, merkt man, daß die Korrektion nicht im Gelenk, sondern in der benachbarten Epiphyse ausgeführt wird, dann wird man jeden weiteren Versuch auf dem eingeschlagenen Wege unterlassen. — (Thèse de Gèneve 1905.)

6. Hoffa weist zu Anfang nochmals auf die von ihm bereits im Vorjahre beschriebene spezielle Form der Gonitis traumatica hin, die auf einer fibrösen Hyperplasie des unterhalb der Patella in den Plicae alares gelegenen Fettkörpers beruht. Klinisch machen diese typische Einklemmungserscheinungen, anfallsweise auftretende Schmerzen und Funktionsstörungen des Gelenkes. Objektiv findet man neben Quadricepsatrophie eine charakteristische Schwellung zu beiden Seiten des Lig. patellae, die derb ist, Pseudofluktuation zeigt und bei Palpation knirscht. Die Therapie besteht in der Exstirpation dieses subpatellaren Fettkörpers.

Die Aetiologie der traumatischen Gonitis im allgemeinen ist eine subkutane

Digitized by Google

Verletzung des Gelenkes, entweder durch sich wiederholende leichteste Traumen, die kaum als solche empfunden werden, sich jedoch in ihrer Wirkung summieren, oder durch ein etwas schwereres Trauma, die Distorsion; die schwerste Form endlich ist das zu Kapsel- und Bänderzerreißung und Verletzung der knöchernen Gelenkteile führende Trauma. Auf alle diese Verletzungen reagiert das Gelenk mit exsudativen Erscheinungen, die ganz leicht sein können. Schwere Traumen mit ausgedehntem Bluterguß führen die Patienten meist sofort zum Arzt. Die leichten Formen dagegen werden oft vernachlässigt, die Patienten suchen durch „selbstverordnete funktionelle Therapie" über ihr Leiden hinwegzukommen. Diese Kranken schleppen sich meist jahrelang mit ihrem Leiden hin. Die Gelenksergüsse neigen oft sehr zum Rezidivieren, schon beim leichtesten Trauma. — Pathologisch-anatomisch findet man eine Schwellung der Synovialis, besonders da, wo normalerweise Falten bestehen, dann an den Zotten des sub- und suprapatellaren Fettgewebes. Histologisch handelt es sich um vermehrte Gefäßneubildung in der schmalen Bindegewebszone unter der Intima der Synovia, dann um Zottenwucherung und Zottenneubildung. Die Intima ist stellenweise mit einer dünnen, mit zahlreichen Bindegewebselementen organisierten Fibrinschicht bezogen. Von der Adventitia der Gefäße ausgehendes junges Bindegewebe substituiert allmählich das Fett. — Das subintimale Bindegewebe zeigt Infiltration mit meist mononukleären Lymphozyten, die häufig perivaskulär lymphomartig angehäuft sind. In den Bindegewebsspalten findet man häufig teils intra-, teils extrazellulär Pigment. Schließlich proliferiert auch das Fettgewebe, wächst in das neugebildete Bindegewebe hinein und füllt so oft ursprüngliche Bindegewebszotten aus.

Die Diagnose ist meist nicht schwierig; erleichtert wird sie noch durch Röntgenographie nach Sauerstoffinsufflation ins Gelenk.

Therapeutisch ist für diese verschleppten Fälle die partielle Arthrektomie das souveräne Mittel. Gewöhnlich von einem Längsschnitt der medialen Seite aus werden die ins Gelenk vorragenden Wülste und Zotten entfernt, ebenso auch der hypertrophische Fettkörper. Hoffa geht dabei von der Annahme aus, daß die Hauptbeschwerden von einem Aufeinanderreiben der Zotten und Falten bei Bewegungen sowie von Einklemmung der hypertrophischen Fettmassen herrühren. Das Gelenk wird durch Naht wieder völlig geschlossen. Die Nachbehandlung hat besonders Kräftigung des Quadrizeps zu berücksichtigen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1906.)

7. Hoffa weist zunächst auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose des Malum coxae senile hin, das nicht nur bei älteren Individuen, sondern auch bei jüngeren Leuten, in der Regel im Anschluß an Traumen, vorkommt. Um das Leiden, das so oft mit ischiadischen Erscheinungen beginnt, früh zu erkennen, muß man alle Patienten, die angeblich an Ischias leiden, nackt vor sich hingehen und die Beine ad maximum spreizen lassen. Bei beginnender Arthritis deformans findet man eine Behinderung der Abduktionsfähigkeit des betreffenden Beines; es bleibt in mehr oder weniger erheblicher Adduktion, die Spreizung geschieht wesentlich mit dem gesunden Bein; außerdem findet man Verdickung des Schenkelkopfes und Schenkelhalses, Krepitation bei Rotation; erst später kommen dann Hochstand des Trochanter und Verdickung der Hüftgegend hinzu. Das Röntgen-Bild wird über Exostosenbildung, Gestaltveränderung des Kopfes Klarheit geben. — Frühzeitige sachgemäße Behandlung kann den Prozeß zum Stillstand bringen durch Entlastung des Gelenks. Diese wird erreicht durch einen gutsitzenden Schienenhülsenapparat, der das Bein extendiert und das Gelenk entlastet, indem er am Tuber ischii seinen Widerhalt findet; der Apparat wird mit einem exakt gefertigten Beckengurt verbunden. Tragen die Patienten den Apparat etwa ein Jahr, so gehen die Erscheinungen zurück und das Bein hat wieder normale Beweglichkeit und Funktion. Die durch das Tragen jedes Hülsenapparates auftretende Muskelatrophie wird durch

Digitized by Google

Massage bekämpft; außerdem sind Gymnastik (besonders im Sinne der Abduktion und Einwärtsrotation), Heißluftbehandlung, Fangoapplikationen heranzuziehen.

Sind die Erscheinungen der Erkrankung schon voll entwickelt, so wird der Apparat und die genannte Behandlung nur die Beschwerden lindern.

Für die Fälle, die jeder konservativen Behandlung trotzen, ist die operative Behandlung, d. h. die Resektion des erkrankten Gelenkendes, das beste Mittel. Hoffa hat dieselbe nach dem Vorgang von Riedel, Körnig, W. Müller etc. fünfmal mit ausgezeichnetem Resultat vorgenommen. Die Nachbehandlung besteht auch hier im Tragen eines Schienenhülsenapparats. Durch die Resektion des deformen Kopfes können die Patienten wieder völlig leistungsfähig werden. — (Therapie d. Gegenw. Nr. 1, 1906.)

Phlebitis.

1. **Die Behandlung der Phlebitis.** Von Dr. A. Robin. Ref. A. Haas, München.
2. **Wie soll eine Phlebitis behandelt werden?** Von Dr. C. Oddo. Ref. A. Haas, München.
3. **Behandlung der Varizen der unteren Extremität.** Von Dr. P. Reclus. Ref. A. Haas, München.

1. Robin bespricht an der Hand zweier Fälle die auf seiner Abteilung übliche Behandlung der Phlebitis. Er unterscheidet in ihrem Verlauf drei, therapeutisch verschiedene Maßnahmen erfordernde Perioden.

Im ersten akuten Stadium, das in vielen Fällen mit Fieber und immer mit großen Schmerzen einhergeht, erfordert die Gefahr der Embolie absolute Immobilisation. Das befallene Bein wird gut eingepudert, mit einem Watteverband umhüllt und auf einer Eisendrahtschiene fixiert. Diese muß gut gepolstert sein und für Unter- und Oberschenkel ein bequemes Lager bieten. Seitlich angebrachte Ringe sollen mittels Schnüren die Suspension an einem in die Decke des Zimmers eingeschlagenen Nagel gestatten. Wegen der Emboliegefahr wird auch die Einreibung mit Ung. Hydrarg. einer., mit Ung. collargol. etc. widerraten. Hohes Fieber bekämpft man mit Antipyreticis. — Dieses Stadium dauert im allgemeinen etwa 30 Tage. Immobilisation wird nach der letzten Temperatursteigerung noch 25 Tage durchgeführt.

Im zweiten Stadium, in dem die Erscheinungen allmählich abklingen, wird die Immobilisation vorsichtig verlassen. Zunächst verbleibt die Extremität noch einige Tage ohne Fixation auf der Schiene, dann wiederum noch einige Tage im Watteverband. Bleibt der Kranke jetzt schmerz- und fieberfrei, so wird das Bein täglich ganz leicht mit Salben eingerieben, die Vasokonstriktion und Resorption anregen (Extr. fluid. Hamamel. virginic. 1·5, Vaselin. 50·0 oder: Ergotin. 3·0, Kalium jodat., Extr. Strychn. aa 2·0, Vaselin 30·0); darauf folgt eine ganz oberflächliche Effleurage. — Dieses zweite Stadium dauert 2—4 Wochen; dann ist das Oedem und jede Schmerzhaftigkeit geschwunden. Am Ende des zweiten Stadiums kann man allmählich mit aktiven Bewegungen beginnen. Diese leiten hinüber in das dritte Stadium.

Im dritten Stadium obliegt der Therapie die Bekämpfung der Folgezustände, insbesondere der Muskelatrophie, der Gelenksversteifung, der jetzt oft auftretenden neuritischen Schmerzen. Jetzt sind warme Bäder, feuchtwarme Umschläge am Platze; von der Effleurage ist allmählich zur Massage überzugehen, dabei sind jedoch die großen Venenstämme, also Kniekehle, Gegend des Hunter'schen Kanals und Scarpa'sches Dreieck, zu vermeiden. Schließlich sind die Kranken zu methodischen Gehübungen anzuhalten. Beim Ausruhen sollen die Kranken stets liegen, nie sitzen oder stehen, da dies zu erneuten Störungen in den Venen führen könnte. Gummistrümpfe sind nicht zu empfehlen, da sie zu sehr komprimieren und das zur Förderung des venösen Blutlaufs nötige Muskelspiel hemmen. Dagegen ist einfache Bindenwicklung ganz vorteilhaft. — Zur Nachkur werden geeignete Badeorte empfohlen. — (Rev. franç. de méd. et chir. Nr. 29, 1905.)

2. Der von Oddo bei der Behandlung der Phlebitis vertretene Standpunkt ist im ganzen und großen derselbe wie der oben geschilderte Robins. Oddo legt den Hauptwert auf frühzeitige Diagnose. Bei

Digitized by Google

einer Puerpera oder nach schweren Infektionskrankheiten sind von diesem Gesichtspunkte aus Schmerzen an der Innenseit des Oberschenkels oder an der Wade zu beachten; eine leichte Anschwellung, eine zylindrische Induration, ein an einen Venenstamm fixierter Druckschmerz lassen die Diagnose stellen und dann ist sofort strikte Immobilisation durchzuführen. Zur Linderung der Schmerzen wird das Aufstreichen von opiumhaltiger Salbe, von Mesotan etc., innerlich Aspirin, Morphium, Veronal empfohlen. Zur Bekämpfung der Folgen so langer Fixation wird auch hier auf Massage und Bewegungstherapie gebührender Wert gelegt, jedoch betont, daß Beugung des Oberschenkels erst zuletzt zu erstreben ist. Mehrere Monate sind zur Wiederherstellung der Funktion stets erforderlich. — (Rev. franç. de méd. et de chir. Nr. 30, 1905.)

3. Die Varizen werden in zwei Gruppen eingeteilt, in solche, die trotz oft kolossaler Ausdehnung keine Beschwerden machen, und andere, welche die Stufenleiter der verschiedensten Störungen bedingen: allgemeine Müdigkeit, Wadenkrämpfe, Oedeme, Ekzeme und Ulzerationen, Phlebitiden, Hämorrhagien etc. Bei der ersten Gruppe ist eine Behandlung unnötig, bei der zweiten Gruppe kommen zuerst konservative Maßnahmen in Betracht: viel Körperbewegung, Massage, Gummistrümpfe, exakte Bindenwicklung des Fußes und Unterschenkels, die als Fußstapes beginnt und bis über die Wade emporsteigt. Von einigen wird der Tr. hamamelis virginic., innerlich gegeben, Erfolg nachgerühmt.

Von den chirurgischen Methoden genügt für viele Fälle das Vorgehen Trendelenburgs, wo die dilatierte Ven. saphen. magna entweder an mehreren Stellen unterbunden oder partiell reseziert wird. Hiefür geeignet sind besonders solche Kranke, bei denen, wenn nach Suspension der befallenen Extremität die Venen erst kollabiert sind, dann durch Fingerdruck auf die Ven. saphen. magna ihre erneute Füllung hintangehalten oder sehr verlangsamt wird. Reclus selbst bevorzugt ein Verfahren, bei dem die Haut der am meisten varikös entarteten Gebiete mitexzidiert wird. Er beschreibt des genaueren sein Vorgehen, bei dem er sich zur lokalen Anästhesie des Stovains bedient. Er wendet dasselbe ohne Bedenken auch bei bestehender Phlebitis an, wenn nur durch genügend vorsichtiges Vorgehen bei der Vorbereitung und der Operation selbst eine Mobilisierung der Thromben vermieden wird. — (Journ. des Prat. Nr. 41, 1905.)

Geburtshilfe.

Ueber das Wesen und die Behandlung der Eklampsie.

Von Privatdozent Dr. Büttner, Rostock. Ref. G. Wiener, München.

Nach Zusammenstellung der verschiedenen Theorien über das Zustandekommen der eklampsitischen Anfälle kommt Vf. zu folgenden therapeutischen Ratschlägen:

Bei den in der Schwangerschaft ausbrechenden Fällen, bei denen kein Zeichen des Geburtseintrittes vorhanden sind, soll unter Allgemeinbehandlung abgewertet werden. Dieselbe soll in der Verabreichung von Chloral und kleinen Morphiumdosen bestehen (Chloroformnarkose wird abgeraten). Ferner können feuchte Einpackungen, heiße Bäder und Heißluftbäder verordnet werden. Jedoch sei reichliches Schwitzen nach der persönlichen Erfahrung des Vfs. nur dann zu erzielen, wo an sich die Diurese gut ist oder wenigstens durch Liq. kal. acet. leicht in Gang gebracht werden kann. Ein gewisses Vertrauen verdiene auch der Aderlaß, jedoch nur bei Wochenbettseklampsien. Neben den Schwitzbädern gibt der Vf. Eingießungen von 0·6%igen Kochsalzlösungen per rectum, zwei- bis dreistündlich $^1/_4$ l. Ferner soll in Fällen, wo man Aussicht hat, prophylaktisch zu wirken (Schwangerschaftsniere, Graviditätseklampsie), Milchdiät, sowie der Genuß von Obst und Gemüse eingehalten werden.

Muß man eingreifen, so sei es zuerst durch Blasensprengung, da dies oft genügt. Ist dies nicht der Fall, dann bei ganz oder fast erhaltenem Collum Metreuryse, womöglich ohne Gewichtszug. Erscheint diese notwendig, so ist ein Zug mit der

Digitized by Google

Hand, entsprechend den Wehen, zweckmäßiger, bis ein Ballon von 500—600 cm³ Füllung sich durchziehen läßt.

Ist die Portio verstrichen, der Muttermundssaum scharf, ist auch erst der Ballon zu versuchen; mißlingt dies, so kommen der Bossi'sche Dilatator und die Dührssen'schen Inzisionen in Betracht. Letztere sollen aber nur in Fällen mit scharfsäumigem Muttermund angewandt werden, da hiebei die Gefahr der Blutung nicht groß ist.

Die nun noch in Frage stehenden Eingriffe, der klassische und vaginale Kaiserschnitt, bleiben der Klinik und dem Spezialisten vorbehalten. Die Indikation zu ersterem soll nur unter zwei Bedingungen gestellt werden: wenn zugleich eine bedeutende Beckenverengerung vorliegt oder wenn bei nahezu aussichtslosem Zustande der Eklamptischen das Kind noch lebt. — (Berl. Klinik, Okt. 1905, H. 208.)

Ein Instrument zur Stillung atonischer Blutungen nach der Geburt. Von Dr. Hans Meyer-Ruegg, Zürich. Ref. G. Wiener, München.

Die Fabrik Hanhart u. Co. in Zürich liefert das betreffende Instrument. Es besitzt Becken- und Dammkrümmung eines Intrauterinkatheters und hat eine Länge von 35 cm. Sein oberes Ende ist zu einem maximal 5 cm breiten und 3 cm dicken Kolben umgewandelt, welcher eine starke zirkuläre Riffelung zeigt. Das verwendete Metall ist Aluminium und überall besteht glatte Oberfläche, um die Reinigung nicht zu erschweren. Wie ein Zangenlöffel wird das Instrument auf zwei Fingern oder der halben Hand in den Uterus eingeführt, eventuell kann man auch nach Anziehen der beiden Lippen das Instrument direkt ins untere Uterinsegment einlegen. Wird es dann bis zum Fundus vorgeschoben, so ist es, als ob man bimanuell hantiere, durch den Gegenhalt, den es der äußeren Hand bietet. Man hat dadurch nicht nur eine gute Massagewirkung, sondern auch Deziduareste und Blutkoagula werden durch die Riffelung entfernt. Bei Inversio uteri wird der Kolben zur Reinversion und der Haltung der Normallage geeignet sein. Das Instrument bleibt 20—30 Minuten liegen, nach welcher Zeit eine Wiederkehr der Blutung kaum mehr zu fürchten ist. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 6, 1906.)

Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett. Von P. Zweifel, Leipzig. Ref. G. Wiener, München.

Vf. gibt eine erneute Beschreibung seiner Methode, einige Stunden post partum mittels eines ausgekochten Trélatschen Spekulums das hintere Vaginalgewölbe einzustellen und das dort befindliche Blutkoagulum durch trockene sterile Tupfer zu entfernen. Der Eingriff ist im Querbett oder in Seitenlage leicht auszuführen. Statistisch wird nachgewiesen, daß sich Morbidität und Mortalität seit Einführung dieses Verfahrens erheblich vermindert haben. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 1, 1906.)

Ueber wiederholte Geburten derselben Frau in Bezug auf Gewichts- und Längenverhältnisse der Kinder und in Bezug auf die Geburtsdauer. Von Prosper Siesel. Ref. Fritz Loeb, München.

Den Untersuchungen liegt eine Statistik von 310 Fällen zugrunde, in denen ein und dieselbe Frau mehrmals in der Straßburger Frauenklinik niedergekommen ist. Vf. fand, daß die Geburtsdauer von der ersten bis zur vierten Geburt gleichmäßig geringer wird. Auch nimmt von der ersten bis zur vierten Geburt die Länge der Kinder zu. Das Gewicht wächst von der ersten bis zur achten Geburt. — (Diss., Straßburg 1905.)

Das Hämoantitoxin bei Schwangeren und Puerperen. Von G. de Paoli und U. de Barbieri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Arbeit ist ein Beitrag zur Frage der spezifischen Behandlung der Tuberkulose per os. Das benützte Hämoantitoxin Sofos ist eine 20%ige Lösung des Maragliano'schen Tuberkuloseantitoxins in wässerig-alkoholisch-aromatischer Lösung; es enthält 50% Hb und 10% Glyzerin, ist klar, rotweinfarben, spezifisches Gewicht 1016, von neutraler Reaktion und angenehmem Geschmack. Die Vf. fanden nach seiner Darreichung (viermal täglich 1 Eßlöffel vor dem Essen) bei ihren Schwangeren und Wöchnerinnen

Digitized by Google

eine wesentliche Besserung der Ernährung. Im ersten Fall war die Gravida im siebenten Monat; sie erhielt zwei Monate das Medikament, gebar ein 3220 g schweres Kind und war nach weiteren sechs Monaten klinisch geheilt. Im zweiten Fall gebar die Gravida nach einmonatlicher Behandlung ein 2800 g schweres Kind und nach einem weiteren Monat war nur noch eine Induration des Oberlappens nachzuweisen. Im dritten Falle, Gravida im sechsten Monat mit Fieber, Nachtschweißen, hörte nach einen Monat das Fieber auf, die Schweiße nahmen ab, Appetit und Körpergewicht hoben sich, und mit Forzeps wurde ein 3900 g schweres Kind geboren. Eine weitere vierwöchentliche Behandlung führte fortschreitende Besserung herbei. Von zwei weiteren Puerperen hatte die eine keinen Erfolg von der Kur, die andere jedoch konnte nach $2^1/_2$ Monaten als geheilt bezeichnet werden. Das Hämoantitoxin erwies sich also als ein die Schwangerschaft in keiner Weise ungünstig beeinflussendes Mittel, es wirkte günstig auf die Tuberkulose ein und mag in manchem Falle dazu helfen, die Herbeiführung der künstlichen Frühgeburt bei tuberkulösen Frauen unnötig zu machen. — (Gazz. degli osped. Nr. 154, 24. Dez. 1905.)

Gynäkologie.

Die Endometritis in ihrem Verhältnis zum Abort und der Entbindung. Von Dr. Benno Müller, Hamburg. Ref. G. Wiener, München.

Unter 50 Fällen schwerer Endometritis fand Vf. in 45 Fällen die Ursache in einer Entbindung oder einem Abort. In 50 bis 60% aller Fälle waren Gonokokken nachzuweisen. Die schwersten Infektionen waren Mischinfektionen (Gonokokken und Staphylokokken). Als Therapie verwirft der Vf. die Vaporisation und das Kurettement vollständig; ebenso ist er auch kein Anhänger der vaginalen Totalextirpation, sondern er hat die besten Resultate bei Obliteratio uteri gesehen. Es muß jedoch hiebei die Schleimhaut soweit entfernt werden, daß kein Rest einer Drüse zurückbleibt. Genaues Augenmerk sei auf das etwa gleichzeitige Vorhandensein eines Karzinoms zu richten und die Schleimhaut daher stets mikroskopisch zu untersuchen. — (Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 2 u. 3, 1906.)

Anwendung der Sitzbäder in der Gynäkologie. Von Dr. J. Meurier, Gent. Ref. G. Wiener, München.

Das kalte Sitzbad von 8 Minuten bis $^1/_2$ Stunde Dauer wird angeraten zur Bekämpfung der Kongestionen der Beckenorgane oder um zu starken Ausfluß zu vermindern, z. B. bei kongestiver Leukorrhöe, auch bei sogenannten pseudo- oder dystrophischen Metritiden und bei Kongestionen, die durch Myome verursacht werden.

Lauwarme Sitzbäder von 20—30° C. und 20 Minuten bis 1 Stunde Dauer sind zu empfehlen bei Hyperästhesie der Genitalorgane, z. B. Pruritus vulvae und bei gewissen Beckenneuralgien, ferner bei subakuten und chronischen Metritiden.

Das heiße Sitzbad von 35—40° C. und $^1/_2$—1 Stunde Dauer ist zu verordnen bei chronischen entzündlichen Vorgängen der Adnexe (nicht zystischen Ursprunges) mit oder ohne Exsudat, bei Peri- und Parametritiden (Perimetro - oophoro - salpingitis). Außerdem ist das heiße Sitzbad ein schmerzstillendes Mittel bei Spasmen und schmerzhaften Kontraktionen der Gebärmutter und kann auch bei kongestiver Dysmenorrhöe mit mangelhaften Menstruationen gegeben werden.

Das kohlensaure Sitzbad (30—35° C.) erscheint besonders angezeigt bei den Formen chronischer Metritis, begleitet von Hyperämie des Uterus, ferner bei entstehenden Myomen, indem dadurch die Blutung günstig beeinflußt, ja sogar eventuell eine Verminderung der Tumoren verursacht wird. Ferner wirkt die Kohlensäure menstruationsbefördernd, weshalb diese Methode besonders in Fällen von Ammorrhöe indiziert ist.

Das Moorbad bei einer Temperatur von 38° C. 20—60 Minuten angewendet, ist sehr wirksam bei der Behandlung entzündlich exsudativer Prozesse, doch muß der Arzt bei den subakuten entzündlichen Prozessen der Adnexe besonders vorsichtig sein, da die Hitze ein nicht eitriges

Digitized by Google

Exsudat purulent machen kann. Bei einer Temperatur von 30—32° hat das Bad eine blutstillende Wirkung, so daß es sich bei Menorrhagien infolge Endometritis günstig erweist. — (Balneolog. Ztg., Okt. 1905.)

Ueber Garrulitas vulvae. Von J. Veit, Halle. Ref. G. Wiener, München.

Vf. verteidigt seinen Standpunkt, daß ein gasbildender Keim die Ursache dieser Erscheinung sei, indem er einen genau bakteriologisch untersuchten Fall anführt. Er hat in diesem, sowie in drei weiteren Fällen dadurch Heilung erzielt, daß er durch Einlagen von Glyzerintampons die Vagina zur Austrocknung brachte. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 7, 1906.)

Die konservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Von Dr. Karl Fett. Ref. G. Wiener, München.

Das Material der gynäkologischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf bietet die Grundlage obiger Studie, wobei der Vf. zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Die entzündlichen Adnexerkrankungen sind unter allen Umständen konservativ zu behandeln; im akuten Stadium lediglich exspektativ, im chronischen unter Zuhilfenahme resorbierender Mittel, insbesondere der heißen Luft. Die Dauer der Behandlung ist bei den schweren Fällen meist eine mehrmonatliche, führt aber mit wenigen Ausnahmen zur Arbeitsfähigkeit. Die Dauerresultate sind den primären Resultaten äquivalent und können sich mit den besten der operativen Verfahren messen.

2. Daß eine Heilung im anatomischen Sinne auch bei schweren Veränderungen möglich ist, beweisen die Fälle von späterer Gravidität und die gelegentlichen Okularinspektionen.

3. Droht Perforationsperitonitis, ist sofortige Laparotomie am Platze. Ebenso ist die abdominale Salpingo-oophorektomie gerechtfertigt, wenn monatelange Behandlung ausnahmsweise erfolglos bleibt. Jedoch ist alsdann möglichst konservativ zu operieren, d. h. unter Zurücklassung noch funktionsfähiger, gesunder Organe.

4. Die Kolpotomie ist nur dann am Platze, wenn bei günstiger Lage des Tumors (starker Verwölbung und Fluktuation) eine umfangreiche Eiteransammlung und wochenlanges Fieber, Inzision und Drainage indiziert. Spätere Nachbehandlung wiederum nach konservativen Gesichtspunkten.

5. Die nach retrouterinen Exsudaten häufig restierenden fixierten Deviationen des Uterus machen nicht selten am Schlusse der konservativen Behandlung noch eine korrigierende Operation, die Ventrifixation, erforderlich. Dieselbe ist ungefährlich und gibt gute Dauerresultate. — (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 22, H. 5.)

Ein Versuch, die „Katheterzystitis" zu verhüten. Von R. Gersuny, Wien. Ref. G. Wiener, München.

Der bekannte Wiener Chirurg glaubt für die nach Operationen sehr häufig auftretenden Zystitiden den Umstand mitverantwortlich machen zu sollen, daß beim Katheterisieren durch das Anschlagen der Blase an den Katheter die Blasenschleimhaut verletzt wird, wodurch leicht der Herd für eine Infektion entsteht. Auf Grund dieser Erwägungen ließ er einen weiblichen Katheter aus Glas anfertigen, der aus einem dünnen, S-förmig gekrümmten Rohre mit einer scheibenförmigen Verdickung in der Mitte besteht, die das zu tiefe Einführen in die Blase verhindert. Der Durchmesser beträgt 0·5 cm, die Länge 4, 4·5 und 5 cm. Das Rohr ist dickwandig und die Lichtweite gering, wodurch ein verlangsamtes Abfließen des Harnes erzielt wird. In 35 Fällen wurden gute Erfolge beobachtet, nur je zweimal trat eine vorübergehende Reizung der Urethra und leichtes Brennen auf. Das Instrument wird von dem Glasbläser Herrn Paul Haack, Wien, IX. Garelligasse, angefertigt. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 4, 1906.)

Intraperitoneale Ligamentverkürzung nach Menge. Von Dr. v. Steinbüchel, Graz. Ref. G. Wiener, München.

Vf. nimmt Menge gegen den Vorwurf Kleinwächters, ersterer habe das Palmer-

Digitized by Google

Dudley'sche Verfahren der Ligamentverkürzung „nacherfunden", in Schutz, indem er die Verschiedenheit der beiden Verfahren durch Abbildungen nachweist. Er empfiehlt das Menge'sche Verfahren, das er selbst in fünf Fällen mit gutem Erfolge angewendet hat. Die Operationsmethode bestehe darin, daß die Ligamenta rotunda in Schleifen verkürzt und an die Vorderwand des Uterus angeheftet werden. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1906.)

Dermatologie.

Exsudative Erytheme.

1. **Die angioneurotische Entzündung.** Von R. Kreibich. (Monographie 1905.)
2. **Ein Fall von Erythema multiforme exsudativum mit tödlichem Ausgang.** Von Ivelander. (Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 77, H. 2.)
3. **Zwei Beobachtungen.** Von H. Vörner. (Ibidem H. 3.)
4. **Appendizitis und multiformes exsudatives Erythem.** Von T. G. Hanley. (Buffalo. med. Journ. Sept. 1903.)
5. **Ein Beitrag zur Heilung der Pellagra.** Von Hoch. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie, Juli 1905.)

Mit dem Nachweise einer Existenz von angioneurotischen Entzündungen hat auch die pathogenetische Beurteilung der formenreichen Gruppe erythematöser Prozesse reellere Grundlagen gewonnen. Mit Ausschluß jener Gruppe von Erythemen, welche durch Bakterienembolie zustande kommen und in besonders schweren Gewebsläsionen ihren Ausdruck finden, möchte Kreibich (1) all jene Varietäten des Erythems auf angioneurotischen Ursprung zurückführen, welche sich mit Urtikaria kombinieren und in der Lokalisation ein gewisses systemisiertes Auftreten bekunden. Als solche Lokalisationstypen gelten die Extremitäten-Streckseiten-Läsionen, die Halshaut-, Nacken- und Gesichtsveränderungen, ferner die Hohlhand-, Lippenrot-, Zungen- und Wangenschleimhauterscheinungen. Für all diese Gruppen supponiert K. von der Großhirnrinde ausgehende nervöse Impulse, welche bald direkt die Gefäße angreifen, bald durch Toxinvermittlung Reize setzen. Die erythematösen Wirkungen von Arsen, Chinin, Antipyrin etc. faßt K. im Sinne toxischer Angioneurosen auf, die auf nervöse Idiosynkrasie zurückzuführen sind und von vasodilatatorischer Hyperämie ihren Ausgang nehmen.

Das Vorkommnis der idiopathischen exsudativen Erythemform in der deletären Varietät wird mit einer interessanten Wahrnehmung Welanders (2) belegt, der über einen 23jährigen Mann berichtet, bei welchem rezente Lues eine merkurielle Kur erheischte. Nach zwei Injektionen von Merkuriolöl trat ein universelles Erythem auf, wozu sich Bindehaut-, Mundschleimhaut-, Präputial- und Harnröhrenläsionen in Form von geschwellten, der Oberhaut beraubten, dyphtherisch belegten Plaques gesellten. Unter hochfebrilen Erscheinungen, Albuminurie, Pleuritis erfolgte der tödliche Ausgang. Die Sektion ergab nebst den klinisch vermerkten Veränderungen, Erythemplaques an der Epiglottis, den Stimmbändern und der Trachea. Die fernerhin konstatierte Pleuropneumonie und Perikarditis faßt W. gleichwie die nephritischen Veränderungen als Teilsymptome des als akute Infektionskrankheit gedeuteten exsudativen multiformen Erythems auf. Den tödlichen Ausgang mit der Merkurialbehandlung in Zusammenhang zu bringen, findet W. umsoweniger Anlaß, als der Exitus 35 Tage nach der letzten Injektion erfolgte und Inzisionen ergaben, daß an allen drei Injektionsstellen die deponierten Quecksilbermengen zum größten Teile noch vorhanden waren.

Die klinische Eigenart gewisser Erythemformen findet in zwei Beobachtungen Vörners (3) einen lehrreichen Hinweis, die auch nach der ätiologischen Richtung hin aufklärende Daten darbieten. Eine 25jährige Frau zeigt im Anschlusse an eine Angina an verschiedenen Körperstellen wechselnd auftretende und verschwindende, subkutan gelegene Knoten, welche von normaler Haut bedeckt werden und ohne peripheres Wachstum wieder resorbiert wurden. In einem zweiten Falle nahm ein Knotenerythem bei einem dreijährigen Knaben von einer Jodkaliverabreichung den Ausgang. Luesrezidive in Form von Schleimhautplaques

Digitized by Google

erheischte diese Behandlung. Nach 10 g des Medikaments traten am Kopf nußgroße, derbe Beulen auf, die ganz den Typus des Erythema nodosum aufwiesen. Es handelt sich hiebei um das allen Fachleuten geläufige Vorkommnis eines Jododerma tuberosum, das, von den hier zitierten Autoren abgesehen, wohl jedem Dermatologen größerer Erfahrung unterzukommen pflegt.

Die gelegentliche Abhängigkeit exsudativer Erytheme von intestinalen Störungen demonstriert Hanley (4) bei einem 21jährigen Patienten, der zwei Tage nach einer Operation der Perityphlitis ein die allgemeine Decke und die Schleimhäute übersäendes multiformes Erythem bekam.

Die schmerzhaften Erytheme an Händen und Füßen der Pellagrösen empfiehlt Hoch (5) mit reinen Oelen und Zinksalben zu behandeln. Die Kranken sollen Hände und Füße nicht der Sonne aussetzen, nur leichte, nicht saure Speisen genießen. Mais, wenn er nicht ganz vermieden werden kann, soll vor den Mahlzeiten gewaschen und getrocknet werden. Vorzüglich soll sich als Heilmittel eine Lösung von Kalium bichromicum rubrum (15 cg auf 300 g Wasser) bewähren, von welchem man morgens und abends einen kleinen Eßlöffel 14 Tage lang gebrauchen läßt. Nach viertägigen Pausen soll der Turnus 3—4 Monate hindurch fortgesetzt werden. N.

Ueber die als Protozoen beschriebenen Zelleinschlüsse bei Variola. Von P. Schrumpf.

Nachdem Bosc und Councilman neuerdings für die Existenz des Cytorrhyctes vacciniae eingetreten sind und für dieselbe eine umfangreiche Beweisführung eingeleitet haben, prüft Vf. in einer eigenen Versuchsreihe die Ergebnisse der Autoren. Bosc, der seit langen Jahren sich mit dem Thema der Zelleinschlüsse beschäftigt, faßt Vakzine, Variola, Schafpocken, Krebs, sogar Syphilis in eine Gruppe zusammen und nennt sie „Maladies und sporozoaires". Die Krankheitserreger dieser Klasse sollen nahe verwandte Protozoenarten sein. Speziell bei Schafpocken und Variola-Vakzine sollen die Zelleinschlüsse die typischen Evolutionsformen der echten Protozoen zeigen.

Councilman und seine Schüler gelangen in der Hauptsache zum selben Resultat. Die Erreger sind nach diesem Autor bald innerhalb, bald außerhalb des Kerns gelagert, ersteres im Beginn der Affektion bei Vakzine und Variola, letzteres, wenn die Krankheit, u. zw. nur die Variola, auf ihrem Höhepunkt angelangt war. Die Zelleinschlüsse sollen einen geschlossenen Entwicklungskreis bilden und allmählich ineinander übergehen. Die Aehnlichkeit mit Degenerationsfiguren, resp. protoplasmatischen Gebilden (rote Blutkörper, Leukozyten, Terminalkörperchen der Nervenendigungen, keratohyaline Granula, Zentrosomen, Fibrintrümmer), sei eine sehr große. Ebenso wie Bosc hält Councilman den Vakzine- und den Variolaerreger für identisch. Beide unterscheiden sich nur durch ihre Entwicklungsweise. Die Vakzinekörperchen vermehren sich nämlich asexuell, passiv; die Variolaerreger erfahren eine sexuelle Differenzierung, mit aktiver Vermehrung und Bildung von Sporen, die ohne einen Zwischenwirt spezifisch infektionsfähig sind.

Vf. ist es nun gelungen, die unter dem Namen Cytorrhyctes-Vakzinen angeführten Gestalten von Zelleinschlüssen deutlich zu machen, doch glaubt Vf., Degenerationsprodukte vor sich zu haben. Es ergeben sich I.-extranukleäre Formen, die bei entsprechender Färbung blau und rot erscheinen; es sind das kleine, runde, ovale, halbmond- oder hantelförmige Körperchen, die, umgeben von einem helleren Hof, neben dem Kern, in dem Plasma liegen. Vf. hält dieselben für versprengte Partikelchen chemisch veränderten Chromatins. Die intranukleären Einschlüsse stellen bei Eosinmethylenblaufärbung ganz kleine, hellglänzende, dunkelrot-violette Körnchen dar, die in der Mitte einen helleren Punkt tragen und von einem lichteren Hofe umgeben sind. Auch diese Formen nimmt Vf. als durch Körnelung oder vakuoläre Degeneration, mit oder ohne Aufnahme von Chromatinpartikelchen in die Vakuole produziert, an.

Digitized by Google

Weitere Untersuchungen werden festzustellen haben, inwieweit die Deutungen der einzelnen Forscher sich in bisher unergründeten Tatsachen vereinen und ergänzen. — (Virch. Arch., Bd. 179, 1905.) N.

Zur Frage der Blastomykose der Haut. Von J. Fabry und H. Hirsch.

Die durch Hefe hervorgerufenen Krankheitserscheinungen äußern sich beim Pferde und Rinde in Form von Knoten, Geschwüren und Lymphdrüsenschwellungen, ohne daß sie im allgemeinen auf innere Organe übergehen. Die Knoten zeigen vielfach Neigung zur Erweichung. In vielen Fällen gehen die Tiere an Entkräftung zugrunde. Aus solchen Herden gezüchtete Hefekulturen rufen bei Tieren derselben Spezies analoge Affektionen hervor; auf andere Tiere übertragen, verlaufen die Versuche resultatlos. Histologisch entspricht hochgradige Infiltration der erkrankten Gewebe mit reichlicherer Einlagerung von Hefen.

Bei der menschlichen Blastomykose wird nach dem Vorschlage Busses, die mit Hautulzerationen und Metastasen innerer Organe einhergehende Saccharomykosis von der Tuberculosis cutis verrucosa ähnlichen Oidium Mykose der Amerikaner (Guilchrist) unterschieden. Starke Epithelwucherung, miliare Abszesse im Epithel und in der Kutis, teils mit Riesenzellbildung, Hefen innerhalb der Abszesse und auch frei im Gewebe charakterisieren den anatomischen Befund. Bei der ersten Gruppe kommt es zur Bildung akneähnlicher Infiltrate, welche ulzerieren und krümeliges eiterähnliches Sekret liefern, oder es entstehen Tumoren in der Haut mit gleichem Zerfall.

Von den Fällen der Klinik Neumann und einer Beobachtung Dubreuilhes abgesehen, sind in der gesamten Literatur 45 Fälle von Blasteomykose erwähnt. Zwei in Europa (Busse-Buschke, Curtis-Lille), 43 in Amerika, 5 davon verliefen letal. In 20 Fällen blieben Züchtung und Tierexperiment ohne Resultat, doch fanden sich Pilze konstant im Ausstrichpräparat und Schnitt. Hiezu wäre die Bemerkung angebracht, daß mit dem Nachweise der Blasteomyzeten in Gewebswucherungen ihre ursächliche Zugehörigkeit noch nicht erbracht erscheint. In den Granulationsgeschwülsten verschiedenster Provenienz gelingt es in besonderer Häufigkeit, Schimmelpilze nachzuweisen, besonders dann, wenn die ersteren eine zerfallende, ulzeröse Oberfläche aufweisen. So gelingt die Darstellung der Sproßpilze ohne weiteres bei den verschiedensten Formen der vegetierenden Lupusarten, bei zerfallenden, gummösen Syphiliden und auch bei ganz harmlosen Geschwürsvorgängen. Auch der Aufenthalt im Gewebe, namentlich in den oberflächlichen, abszedierenden Herden ist meist ein derartiger, daß er nur mit Reserve als ein spezifisches Zeichen hingenommen werden kann. Anderseits muß für die schon im klinischen Bilde schweren und ausgebreiteten, an keine der bekannten Hauterkrankungen erinnernden Läsionsformen, die ätiologische Bedeutung der Blasteomyzeten respektiert werden. An die Reihe dieser Art schließt sich die Beobachtung Fabrys an. Ein 35jähriger Berginvalide zeigt den Rücken, die Gesäßgegend, die Extremitäten eingenommen von unregelmäßigen, auf Druck schmerzhaften, Eiter entleerenden, knotigen Geschwülsten, deren einzelne skrofulodermaartiges Aussehen darbieten. Andere sind ulzeriert oder bilden schwammige Tumoren mit intaktem Hautüberzug. Außerdem finden sich wallnußgroße Atherome. Salbenverbände, Jodkali, Jodipin, Thermokauterisation sind ohne Erfolg. Ueberall entstehen wieder neue Krankheitsherde. Die erste Diagnose lautete: „Acne abscedens." Der mikroskopische Befund führte zur geeigneten Beurteilung. Rundliche Dellen der Epidermis waren von Hefezellen erfüllt. Die Kutis zeigt Lympho- und Leukozyteninfiltration. Die herdförmigen Infiltrate reichen an die Basalzellen und bis ans subkutane Gewebe. Die elastischen Kutiselemente sind zerstört. Die Hefen liegen vielfach zu zweien und zu vieren. Dieselben scheinen durch Komedonen einzudringen und nun eine starke entzündliche Reaktion des periglandulären Bindegewebes bis zur Absze-

Digitized by Google

dierung zu veranlassen. Reinkulturen waren nicht zu erzielen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 77, H. 3.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Endoskopie der Harnröhre. Von H. Goldschmidt.

Die Ergebnisse der Endoskopie der Harnröhre konnten im Gegensatz zu den Fortschritten der Zystoskopie nicht befriedigen, weil es wohl möglich war, die Lichtquelle in das Organ hineinzutragen, dagegen das zweite Prinzip der Nitzeschen Zystoskopie undurchführbar schien, nämlich die Dehnung der zur Ansicht zu bringenden Höhlung.

Mit diesem Problem beschäftigte sich der Autor seit mehreren Jahren und berichtet nun von der prinzipiellen Lösung der Aufgabe. Durch Injektion von Wasser (oder Luft) gelingt es, mit einem analog dem optischen Apparat von Nitze gebauten Sehrohr einen entsprechenden Teil der Harnröhre, in der Ausdehnung von etwa 4 cm, zu übersehen. Dabei handelt es sich gar nicht um eine übertriebene Dehnung derselben, sondern bloß um eine mäßige Auseinanderdrängung der sonst auseinanderliegenden Schleimhautfalten.

Der Apparat für den vorderen Teil der Harnröhre ist ein gerades Rohr von 18 cm Länge, das am viszeralen Ende in seinem Innern das Mignonlämpchen birgt; der weiters vor der Lampe dem Beschauer zu gelegene Teil des Instrumentes besteht in der Ausdehnung von 4—5 cm bloß aus zwei Spangen, in welche sich endlich das geschlossene Rohr fortsetzt, das an seinem distalen Ende die Vorrichtungen zur Wasserspülung und Kabelleitung trägt. Für den hinteren Teil der Harnröhre bedarf man ein etwas längeres und entsprechend gekrümmtes Rohr. Das Rohr kann zunächst zur Spülung der Harnröhre benützt werden, dann wird in dasselbe, ganz wie beim Spülzystoskop, der optische Apparat eingeschoben und durch Wasserinjektion der Abschnitt der Harnröhre, der dem gefensterten Teil anliegt, mäßig gedehnt; das Abfließen der Flüssigkeit muß durch Abschnüren des vorderen Teils der Harnröhre verhindert werden.

Vorderhand betont der Autor die große Deutlichkeit der Bilder, welche auf diese Weise zu erzielen sind; Einzelheiten sind einer demnächst folgenden Demonstration vorbehalten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1906.) D.

Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern. Von C. Stern.

Anregung zur vorliegenden Arbeit gaben die Untersuchungen Sambergers. Derselbe unterscheidet eine Urobilinurie der unbehandelten und der mit Hg. behandelten Luetiker. Die erstere sei zurückzuführen auf den erhöhten Zerfall von Erythrozyten im Stadium der Entwicklung der sekundären Symptome, die letztere sowohl auf diesen Umstand, als auch aufs Quecksilber. Das Urobilin entsteht bei vermehrtem Zerfall der Erythrozyten nach Samberger in der Leber, weil diese ihren Funktionen, infolge der erwähnten Schädlichkeiten, nur ungenügend nachkomme.

Dem Autor handelt es sich darum, nachzuweisen, ob tatsächlich der angegebene Zerfall der Erythrozyten bezw. die Verminderung des Hämoglobingehaltes bei Lues eintritt und weiter, ob Beziehungen beständen zwischen dem Hämoglobingehalt des Blutes, Funktion der Leber und Urobilinurie. Es wurde daher an den Patienten geprüft: a) der Hämoglobingehalt des Blutes, b) der Urobilingehalt des Harnes, c) die Funktion der Leber unter Darreichung von Lävulose, geprüft an der alimentären Glykosurie, d) der Urobilingehalt des Urins nach Verabreichung von Lävulose. Der Autor bringt uns drei Tabellen, eine, Syphilitiker betreffende vor eingeleiteter Behandlung, eine zweite, Syphilitiker betreffend nach eingeleiteter Behandlung, eine dritte Funktionsprüfung der Leber bei Nichtsyphilitikern. Was nun die Hämoglobinbestimmung anlangt, so finden sich wohl scheinbare Abweichungen von der Norm, aber in so geringfügigen

Digitized by Google

Differenzen, daß ihnen sicherlich keine Bedeutung zukommt. Der Autor vermag daher für seine Fälle eine der Lues eigentümliche, spezifische Einwirkung auf den Hämoglobingehalt des Blutes nicht anzuerkennen. Das gelte in gleicher Weise für behandelte als unbehandelte Kranke, auch das Quecksilber lasse durch seine Einverleibung keine Verminderung des Hämoglobingehaltes erkennen, und zwar ebensowenig bei der erstmaligen, als bei wiederholter und energischer Behandlung.

Urobilin wurde bloß in vier Fällen von 20 nachgewiesen; das würde wohl damit übereinstimmen, daß ein vermehrter Zerfall von Erythrozyten nicht erwiesen werden konnte. Wie aber kommt das positive Resultat in den genannten vier Fällen zustande? Diesbezüglich erwähnt der Autor, daß das Urobilin gelegentlich auch im normalen Harn vorkommt, anderseits aber, daß wir über die Herkunft des Urobilins nichts Sicheres wissen. Es sei keineswegs festgestellt, daß das Urobilin gerade in der Leber gebildet werden müsse. Bezüglich der Funktionsprüfung der Leber weichen die Resultate des Autors auch von denen anderer Untersucher ab; nach ihm gestattet diese Methode (Strauß) überhaupt keine bindenden Rückschlüsse, vielmehr müßte zur Erklärung dieser Erscheinungen die Art und Weise der Ernährung überhaupt herangezogen werden. Nach dem Autor muß man sagen, daß normale Menschen mit normalen Verdauungsorganen Lävulose gut assimilieren, auch wenn sie frisch oder vor Monaten mit Syphilis infiziert sind. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28, 1905.) D.

Kinderheilkunde.

Diarrhöe bei Kindern. Von G. A. Sutherland, London. Ref. Einstein, Stuttgart.

Sutherland bespricht in der Hauptsache die Sommerdiarrhöe. Seine Therapie besteht in Reinigung des Darmes mit häufigen, kleinen Dosen Rizinusöl oder Kalomel (sechsmal 0·1 zweistündlich) und 24- bis 48stündiger Wasserdiät; dann folgt eine ein- bis zweitägige Diät von Eiweißwasser (7 g vom Weißen des Eies auf 1/4 l Wasser) oder von einer dünnen Kalbs-, Hammel- oder Hühnerbrühe. Darauf wird sehr vorsichtig mit verdünnter Milch begonnen, am besten mit den leicht verdaulichen Sorten: fettlose peptonisierte Milch, kondensierte Milch, gleiche Teile Kuhmilch, Kalkwasser und Haferschleim. Die Hauptregeln der diätetischen Behandlung sind: 1. Man gebe keine Nahrung, bis der Magen sie zurückhalten und verdauen kann; 2. man beginne mit sehr verdünnter Nahrung in geringen Mengen und 3. man gebe dem Patienten möglichst viel Wasser. Nach Ablauf der akuten Symptome ist ein Sedativum am Platze (Bismuthum subnitricum). Das Erbrechen bekämpft man mit Magenspülungen und heißen Bauchkompressen, die Kolikschmerzen mit Belladonna-Tinktur, die stinkenden Stühle mit 0·06—0·12 Salol, das man zusammen mit dem Rizinusöl gibt, die Unruhe mit häufigen heißen Bädern, den Kollaps mit Kochsalzinfusionen, Brandy und Strychnin, auf das toxische Kinder weniger stark reagieren, als gesunde. Endlich sorgt man für frische Luft, am besten durch Aufenthalt im Freien. Rekonvaleszenten Kindern ist die Verbringung auf das Land oder an die See von Nutzen. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

Ueber Konvulsionen in der frühen Kindheit. Von John Thomson, Edinburg. Ref. Einstein, Stuttgart.

Thomson unterscheidet: prädisponierende und direkte Ursachen. Zu ersteren gehören: 1. das frühe Kindesalter mit der unvollendeten Entwicklung des Nervensystems, 2. Allgemeinkrankheiten, besonders Rachitis, 3. eine ererbte nervöse Konstitution, 4. Gehirnkrankheiten. Die direkten Ursachen kann man einteilen in 1. intrakranielle Störungen, 2. allgemeine Krankheitszustände (plötzliche Temperatursteigerungen, Autointoxikationen etc.), 3. periphere nervöse Reize (Schmerzen bei Otitis, unverdaute Reste in den Där-

Digitized by Google

men etc.). Die Schwere der Anfälle wechselt bei demselben Kinde zu verschiedenen Zeiten. Die Diagnose der Ursachen wird unterstützt durch das Alter (Geburtstraumen in den ersten 14 Tagen), durch andere Symptome körperlicher Krankheiten und durch den Charakter der Anfälle (z. B. ist Petit mal meistens das Zeichen eines Hirndefekts).

Als Folgen können Tod (besonders bei Komplikation mit Laryngospasmus), dauernde oder vorübergehende Demenz und Ausfallserscheinungen auftreten. Die Prognose richtet sich nach der Ursache.

Die Therapie ist symptomatisch und kausal. Der ersteren Indikation genügen: heiße Bäder, Senfpackungen, Chloroform, Chloralhydrat (rektal 0·3 bis 0·6), in schweren Fällen bei kräftigen, nicht unter einem Jahre alten Kindern Morphium (0·0025 subkutan; wenn nötig, nach einer halben Stunde wiederholt). Von den ursächlichen Krankheiten lassen sich am besten die Dyspepsie und Rachitis beseitigen; die sogenannten idiopathischen Krämpfe weichen meist einer lange dauernden symptomatischen Behandlung (Chloral per os zweistündlich 0·06—0·1 bis 36 Stunden lang); bei zentralen Störungen hilft man sich mit Aenderung des Aufenthaltes, tonischen Mitteln, Thyreoid etc. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

Ueber Störungen im Zusammenhang mit der ersten Dentition. Von Leonard Gatterie. Ref. Einstein, Stuttgart.

Es ist nicht zu leugnen, daß die Zahnung manchmal schmerzhaft ist. Dies kommt nach Guthrie nicht etwa daher, daß der Zahn sich mit Gewalt seinen Weg durch das widerstrebende, überliegende Gewebe bahnen muß, sondern nur daher, daß die Mundschleimhaut selbst entzündet und schmerzhaft ist. Eine solche Gingivitis ist gewöhnlich eine Teilerscheinung einer Störung des Verdauungstraktus. Fällt nun die Zahnung zufällig zeitlich mit der intestinalen Störung zusammen, so wird das Kind Schmerzen im Munde äußern. In der Tat findet man kaum einen Fall schmerzhafter Zahnung ohne eine solche, also als primär anzusehende Magendarmstörung.

So erklären sich die meisten Symptome, die man der erschwerten Zahnung zuschreibt (Gingivitis, lokale und fortgeleitete Schmerzen, Unruhe, Appetitlosigkeit, Diarrhöen, Fieber u. s. w.); für schwerere katarrhalische Erkrankungen des Respirationstraktus, Otitis, Meningitis u. s. w., die man vielfach mit der Dentition in Zusammenhang bringt, kann die Erklärung dienen, daß ihre Erreger infolge der verringerten Salivation unbehindert einwandern konnten. Die alten Erklärungen mittels der Reflextheorie, Fiebertheorie und Annahme einer allgemeinen nervösen Erregbarkeit sind hinfällig.

Die Behandlung richtet sich gegen die Darmstörung (Diät, Rizinusöl etc.), sie sorgt ferner für Reinhaltung und Reinigung der Mundhöhle. Inzisionen der Schleimhaut, wie sie vielfach angeraten werden, sind zu verwerfen, höchstens kann man bei sehr starken Beschwerden eine Blutentziehung mittels kleiner Skarifikationen vornehmen. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

Knochenveränderungen bei Rachitis. Von J. Molina-Castilla. Ref. Fromm, München.

Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen kommt Vf. zu dem Ergebnis, daß das Charakteristische der Rachitis nicht etwa im Ausbleiben oder in der Verzögerung der Verkalkung des in normaler Weise gebildeten Knochens besteht, wobei die Struktur desselben normal sein müßte, sondern daß vielmehr die Architektur des Knochens bei Rachitis eine durchaus pathologische ist, und sowohl der Bau der Knochenbalken, als auch die Genese derselben von den normalen Verhältnissen abweicht. — (Inaug.-Dissert., Freiburg i. B. 1905.)

Einiges über die Meningitis cerebrospinalis epidemica. Von Lechziner. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. weist darauf hin, daß die Indikation zur Lumbalpunktion bei der vorwiegend exsudativen Form in dem Auftreten von Drucksymptomen gegeben

Digitized by Google

ist, insbesondere des Druckpulses. Er bemerkt, daß allerdings auch bei der septischen Meningitis der Puls das Bild des Druckpulses häufig darbietet, ohne daß ein erhöhter Schädeldruck vorhanden ist. Die Lumbalpunktion muß natürlich in jedem Falle ohne Erfolg bleiben, sobald sich Verwachsungen zwischen Arachnoidea und Pia bilden und so der Abfluß des Liquor cerebrospinalis nach dem Lumbalraum verhindert ist. — (Arch. f. Kinderheilkunde, 22. Bd., H. 3 u. 4, 1905.)

Leicht abnorme Kinder. Von Prof. Dr. Wilhelm Weygandt. Ref. Fromm, München.

Vf. faßt seine der 35. Jahresversammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Freiburg am 29. Oktober 1904 als Referat vorgetragenen Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Neben den Idioten und Imbezillen gibt es eine große Menge von Kindern, die wegen psychisch abnormen Verhaltens besonderer ärztlicher Berücksichtigung bedürfen.

2. Die ätiologische Grundlage ist verschieden, es handelt sich

a) um vorübergehende Schädigungen exogener Art, durch körperliche Krankheiten und durch ungünstiges Milieu;

b) um die Formes frustes mancher Formen von Idiotie und Imbezillität;

c) um Entwicklungshemmungen auf Grund von konstitutionellen Leiden;

d) um die leicht epileptischen, die hysterischen und die neurasthenisch veranlagten Kinder;

e) um die zu schweren Psychosen disponierten und von Kindheit an auffälligen Individuen.

Vielfach läßt sich eine Kombination mehrerer ursächlicher Momente feststellen.

3. Symptomatologisch können die allerverschiedensten psychischen Funktionen einzeln oder kombiniert betroffen sein, oft genug läßt sich die Störung bis zu den einfachsten psychischen Gebilden verfolgen.

Rein nervöse Begleiterscheinungen sind häufig, ebenso anderweitige organische Mängel.

4. Als Hauptgruppen lassen sich klinisch-psychologisch folgende aufstellen:

a) leicht epileptische Kinder;

b) hysterisch veranlagte Kinder;

c) neurasthenisch veranlagte Kinder;

d) intellektuell und affektiv minderwertige Kinder, die Debilen im engeren Sinne;

e) intellektuell und apperzeptiv schwache Kinder bei vorherrschendem Gefühlsleben, die phantastischen, reizbaren und haltlosen;

f) intellektuell und apperzeptiv entwickelte, aber gefühlsstumpfe Kinder, die moralisch defekten.

5. Therapeutisch empfiehlt sich für erheblich Schwachsinnige die Hilfsschule, für intellektuell leicht abnorme Kinder das Wiederholungsklassensystem, für sittlich verwahrloste und defekte die Fürsorgeerziehung unter ärztlicher Beratung, während epileptische Kinder je nach Art ihres Zustandes differenziert zu behandeln sind. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh.)

Zur Psychotherapie der Enuresis nocturna. Von Dr. Friedr. Holländer. Ref. Rosenbaum München.

14 Fälle von Enuresis nocturna wurden mit Hypnose behandelt, darunter neun, die seit der Geburt an Bettnässen litten. Der Grad der Hypnose war ein verschieden tiefer, in 5 Fällen wurde Somnambulismus erreicht, bei den übrigen Hypotaxie. Die Erfolge waren günstig; geheilt wurden 33%, davon zwei Drittel für über ein Jahr, gebessert zirka 28%, nicht gebessert 16%, bei 22% wurde die Behandlung abgebrochen. Ringier und Liebault haben ähnliche Resultate. Die Unterstützung seitens intelligenter Eltern, die meist auch neuropathisch veranlagt sind, ist für den Erfolg suggestiver Therapie von wesentlichem Einfluß. Die Auffassung der Enuresis als ein Symptom kindlicher Hysterie wird durch die günstigen Erfolge der Psychotherapie gestützt, wie man ja auch annehmen kann, daß eine große Anzahl therapeutischer Maßnahmen z. B. Faradisation, wohl nur suggestiv wirken.

Digitized by Google

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Methylblau.

Renon empfiehlt das Mittel gegen heftige, unstillbare Diarrhöen bei Phthise. Ein Zusatz von Milchzucker soll das Präparat dem Magen bekömmlicher machen. Methylenblau wird in Dosen von 0·15—0·2 g auf einmal oder in der Dosis von 0·05 g 3—4mal täglich gegeben.

Rp. Methyleni coerulei 0·05
Sacch. lact. 0·2
M. f. p. D. t. d. Nr. XII.
S. Drei- bis viermal täglich ein Pulver zu nehmen.

Weitere empfehlende Arbeiten über Methylenblau bei tuberkulöser Diarrhöe liegen vor von S. Perotte (Thèse de Paris, Nr. 228, 1904) und F. Mory (Thèse de Paris, Nr. 363, 1904.)

Bei urogenitalen Leiden wird das Methylenblau von Bialobrzeski in Dosen von dreimal täglich 0·03—0·1 empfohlen. Am meisten bei Katarrh der Harnwege und Blase; weniger bei Eiterung nach Katheterisation. Bei Tuberkulose schwanden die Schmerzen, das Brennen und die Pollakiurie; bei Gonorrhöe erfolgte Besserung, trotzdem waren Rezidive nicht zu vermeiden. Im allgemeinen ist die Wirkung des Methylenblau sedativ, antiphlogistisch und antiseptisch. — (Gaz. Lek. 11; — D. Aerzte-Ztg., 1905.)

P. Noguera berichtet über die Behandlung rebellischer Malariaformen mit Methylenblau. 22 Fälle, die sich gegen jede andere Therapie refraktär verhielten, wurden durch Verabreichung von 0·5—1·0 g pro die geheilt. Üble Nachwirkungen zeigten sich in keinem Fall. — (Rev. d. Med. y. Cir., 1905; Münch. med. Wochenschr., Nr. 44, 1905.)

Ueber Isopral berichtet G. Mangelsdorf aus der Idiotenanstalt Kückenmühle bei Stettin. Das Resultat seiner mitgeteilten Beobachtungen stimmt mit dem der bisherigen Veröffentlichungen überein. In allen Fällen, in denen es gilt, einfache Agrypnie oder solche auf der Basis melancholischer oder manischer Zustände, ferner Erregungszustände aller Art bis zu den schwersten furibunden herauf zu bekämpfen, zeigt sich das Isopral als vollwertiges Medikament. Es versagt teilweise nur in solchen Fällen von Erregungen höchsten Grades, wo auch die sonstigen bisherigen Mittel sich nicht fähig erweisen, eine erhebliche Beruhigung herbeizuführen, und in denen das Skopolamin seine bisherige Stellung als Ultimum refugium behält. Die Intensität der Wirkung ist etwa doppelt so groß wie die des Chlorals, welches bisher an sedativer Kraft in der Reihe der ähnlich wirkenden Mittel ziemlich obenan stand; es unterscheidet sich aber vorteilhaft von ihm durch die Art der Wirksamkeit, die einen dem physiologischen so gut wie völlig gleichenden Schlaf bedingt, im Gegensatz zu der narkosenartigen Wirkung des Chlorals und durch das Fehlen aller schädlichen und fast aller unangenehmen Eigenschaften, von denen die ersteren das Chloral in recht vielen Fällen zu einem sehr wenig indifferenten Mittel gestalten. Nach Raimanns Vorschlag zu 0·5 g als Kügelchen, in Gelatinekapseln gehüllt (zur Verhinderung des Geruchs und Geschmacks) könnte man nach Mangelsdorf Isopral in der Praxis elegantissima dem verwöhntesten und empfindlichsten Patienten mit schweren Herz- und Lungenerkrankungen völlig unbedenklich verordnen. — (Dissertation, Leipzig, 1905.)

Pittylen ist ein neues Teerpräparat, dargestellt durch Kondensation des

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

Digitized by Google

Nadelholzteeres mit Formaldehyd. Es ist ein braungelbes, lockeres Pulver von schwachem, nicht teerartigem Geruch, löslich in Alkohol, Azeton, Kollodium, Terpinol. Anwendung findet es nach Josef bei Ekzem in Form von Streupulver, Seifen (feste und flüssige) und Pflastern.

Die Anwendungsform ist folgende:

Rp. Pittylen 2·0—10·0
Zinci oxydati } āā 25·0
Amyli }
Fetron ad 100·0

oder als Schüttelmixtur:

Rp. Pittylen 5·0—10·0
Zinci oxydati } āā 20·0
Amyli }
Glycerini 30·0
Aqu. dest. ad 100·0 — (Berl. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Viferral, ein neues Hypnotikum.

Viferral ist eine Modifikation des Chlorals. Es bildet ein weißes Pulver, das sich in kaltem Wasser langsam, in siedendem völlig auflöst. Es wurde von Dr. Gärtner in Halle dargestellt. Angestellte Tierversuche bewiesen eine ausgesprochene hypnotische Wirkung des neuen Mittels und seine gänzliche Unschädlichkeit.

Nach Witthauer (Ther. Monatsh., Nr. 3, 1905) ist es ohne Zweifel ein gutes Hypnotikum, welches sich dem Trional, Veronal und Hedonal an die Seite stellen kann; dabei ist der Preis ein geringer. Es macht nach W. nicht die geringsten Nebenerscheinungen, speziell Störungen der Herztätigkeit konnten nie beobachtet werden. Indiziert fand W. das Viferral bei allen Formen der nervösen Schlaflosigkeit, bei welchen keine starken Aufregungszustände und keine Schmerzen vorhanden sind.

Nach den Erfahrungen von Arnemann (Reichsmedizinal-Anzeiger, Nr. 3, 1906) ist das Viferral ein gut wirkendes Schlafmittel bei einfacher Schlaflosigkeit. Bei Erregungszuständen Geisteskranker wirkt es nur dann schlafbringend, wenn die Aufregung mittlere Grade nicht übersteigt. Bei heftigen Erregungszuständen, wie sie namentlich bei Paralytikern, senil Dementen etc. zur Beobachtung gelangen, bewirkt es nur eine gewisse Beruhigung, aber keinen Schlaf. Meist sind 1—2 g genügend, um Schlaf, respektive einen wesentlichen Nachlaß der Unruhe zu bewirken. Unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Die Anwendung in Tabletten ist eine bequeme, der Preis ein billiger.

Jodipinum solidum.

Jodipinum solidum, eine feste Form des Jodipins, wird durch Emulgierung des ursprünglich öligen Präparats mit Hilfe von Roborat (einem lezithinreichen Getreideeiweiß) dargestellt und bildet eine aus graugelben oder gelblichen Schuppen bestehende, durchaus haltbare, geschmack- und geruchlose, leicht einzunehmende Masse, die 40% des 25%igen Jodipins enthält, also einem Jodwert von 10% entspricht. Das feste Jodipin kommt lose und in Tabletten zu 0·5 g (= 0·05 g Jod) in den Handel. Die Dosis beträgt 2—3mal täglich 2 g Jodipinum solidum oder täglich dreimal 3—4 Jodipintabletten. Bei Kindern je nach Alter der dritte Teil oder die Hälfte. — (Pharm. Ztg., Nr. 13, 1906.)

Melioform ist eine klare, gefärbte Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geruch, welche neben 25% Formalin, 15% essigsaure Tonerde, einige andere indifferente, die Haltbarkeit der Lösung garantierende Stoffe enthalten soll. Zernik (Apoth.-Ztg., 1905) untersuchte das Präparat und fand folgende Zusammensetzung: 25 g Formaldehyd, 15 g Liq. alum. acet., 2·5 g Borax und 30 g Glyzerin, die mit Wasser auf 100 aufgefüllt sind und denen etwas Bergamottöl zugesetzt ist.

In einer vor kurzem erschienenen Arbeit (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 8, 1906) berichtet Kreisarzt Lindemann (Berlin) über seine Versuchsergebnisse mit Melioform als Desinfektionsmittel für Hände und Instrumente. Nach seinen Ergebnissen ist eine 1%ige Melioformlösung imstande, bei 10 Minuten langer Einwirkung hemmend auf das Wachstum einer

Digitized by Google

auf Agar-Agar überimpften sporenhaltigen Milzbrandkultur einzuwirken. Die 5 Minuten lange Einwirkung einer 0·5%igen Melioformlösung auf die Hände, besonders unter gleichzeitigem Bürsten mit derselben, genügt, um die auf der Innenhand und dem Nagelbett (nicht unter den Nägeln) vorhandenen, nicht pathogenen Keime abzutöten, ohne daß dabei eine schädliche Hautreizung wahrgenommen wurde. Mit der gleichen Lösung wird eine auf die Hand geimpfte Streptokokkenkultur abgetötet; desgleichen eine auf die Hand geimpfte Kultur von Streptococcus pyogenes aureus. Die viertelstündige Einwirkung einer 10%igen Melioformlösung genügte, um die auf die Messerklinge überimpfte Streptokokken- bezw. Staphylokokkenkultur abzutöten, ohne hiedurch wesentlich die Schärfe des Messers zu beeinträchtigen.

Diese Versuchsergebnisse sprechen für die Brauchbarkeit und den Wert des Melioforms als Desinfektionsmittel für Hände und Instrumente wegen seiner nachgewiesenen bakteriziden Kraft, seiner Reiz- und Geruchlosigkeit, sowie seiner relativen Ungiftigkeit.

Vulnoplast, ein neues Verbandmaterial, besteht aus drei in feste Verbindung gebrachten Schichten, von denen die unterste, die mit der Wunde in Berührung kommt, aus Verbandmull besteht, worauf eine Salbenschicht ausgewalzt ist. Und zwar ist als Salbengrundlage Gelatine gewählt, die den besonderen Vorzug hat, daß sie sich in den Wundsekreten vollständig löst und hiedurch die zugesetzten Medikamente voll zur Einwirkung gelangen läßt. Außerdem verklumpt sich die Gelatine nicht mit den Sekreten, wie dies die Salben mit Fettgrundlage tun, so daß sich das Pflaster leicht und schmerzlos, ohne die Granulationen mit abzureißen, ablösen läßt. Als medikamentösen Zusatz hat Benario eine Mischung von 10% Protargol und 5% Xeroform gewählt, die nicht nur die Salbe steril erhält, sondern auch, was desinfizierende, epidermisierende und austrocknende Wirkung anlangt, sich als ganz vorzüglich bewährt hat. Hat sich nun die Gelatinesalbe in den Wundsekreten gelöst, so gelangen diese, sowohl durch die Maschen des Mulls, als auch durch besonders angebrachte Perforationsöffnungen in eine über der Mullschicht angeordnete Watteschicht, von der sie vollständig aufgesaugt werden. Ueber dieser Watteschicht befindet sich die Deckschicht, welche das ganze Pflaster zusammenhält und zur Befestigung auf dem Körper zum Teil mit Klebemasse bestrichen ist, während der größere Rest der Deckschicht unbestrichen und dadurch luftdurchlässig ist.

Ichthyol.

Nachdem schon Abel in einer Reihe von Experimenten im hygienischen Institut in Greifswald im Jahre 1893 die Ungiftigkeit des Ichthyols selbst bei großen Dosen, dagegen die tötende Wirkung desselben (selbst in schwachen Lösungen) auf pyogene und erysipelatöse Streptokokken nachgewiesen hatte, sind vielfache Versuche gemacht worden, Scharlach mittels Ichthyol zu heilen. Seibert empfiehlt (in „Die ärztl. Praxis") eine 5—10%ige Ichthyol-Lanolin-Salbe, welche alle 6—12 Stunden in den ganzen Körper eingerieben wird, während prophylaktisch (zum Schutze der oberen Luftwege) Jod-Karbol-Lösungen (Rp. Tinct. Jodi 2·0, Kal. jodat. 1·0 Aq. dest. 120·0, Acid. carbol. gtts. XL) stündlich einen Teelöfel voll gegeben wird. Eine 5%ige Lösung dient zur Ausspülung des Nasen- und Rachengebietes mittels Irrigators. Auch J. J. Kelly und Adolf Baron in New-York behandelten in der gleichen Weise zahlreiche Scharlachfälle mit gutem Erfolg. Nach Berichten der „D. Med. Ztg." erzielten auch M. Nasarow in Archangelsk und W. A. Lawrow bei Scharlachbehandlung mit Ichthyol gute Resultate. Nasarow wendete das Ichthyol innerlich an: Rp. Ammonii sulfoichthyol. 30·0, Aq. dest. 10·0, M. D. S. 12—13 jährigen Kindern dreimal täglich 35 Tropfen, kleineren und größeren Kindern weniger, respektive mehr. Lawrow gibt der äußerlichen Behandlung den Vorzug, und zwar verordnet er zweimal täglich Einpinselungen mit einer Lösung von Ichthyol 2·5,

Digitized by Google

Aq. filtr., Glycerin. āā 25·0. In der „Revista Veneta di Scienze Mediche" berichtet Gaetano Bragagnolo über die außerordentlich ausgebreitete Anwendung des Ichthyols in der Gynäkologie; ferner in „Revista Medica" über seine guten Erfahrungen mit diesem Mittel bei Erysipel. James Burnet-Edinburg veröffentlicht in „Fortschritte der Medizin" die erfreulichen Erfahrungen, die er mit Ichthyol-Vasogen bei der Behandlung von Ischias gemacht hat. Er verwendete 10%iges Ichthyol-Vasogen, welches an der schmerzhaften Stelle drei- bis viermal täglich eingerieben wurde, während die Patienten gleichzeitig Pillen, bestehend aus Ichthyol und je 0·0006 g arseniger Säure, innerlich bekamen. Menadem Hodara in Konstantinopel (Monatsh. f. prakt. Dermat.) hat mit Ichthyol, innerlich dargereicht, in drei Fällen von Mykosis fungoides gute Resultate erzielt. — (Pharm. Post Nr. 1, 1906.)

Sterol, eine neue Salbengrundlage, wird vom Apotheker Friedrich Csemiczky in Törtel (Ungarn) in Verkehr gebracht. Das Sterol ist ein fettfreies Salbenpräparat, das sich als Ersatz für Axungia, Lanolin, Ung. emolliens, sowie auch für Vaselin- und Stearinsalben vorzüglich eignet. Es ist eine rein weiße, gleichartige Salbe von neutraler Reaktion; sie ist keimfrei und geruchlos, wird niemals ranzig, reizt nicht die Haut und erhält dieselbe stets zart. Das Sterol mischt sich nicht mit Oelen und Fetten, hingegen kann es mit Wasser, Glyzerin oder Alkohol in jedem Verhältnisse gemischt werden und gibt eine klare Emulsion. Charakteristisch ist die Eigenschaft des Sterols, daß es von der Haut und Schleimhaut rapid absorbiert wird. Wegen dieser Eigenschaft ist das Sterol besonders bei Dermatosen, wo eine Tiefenwirkung notwendig ist, zumal bei chronischen Hauterkrankungen, durch welche die Epidermis sklerosiert wurde, am Platze. Nicht der letzte Vorteil dieser Salbe ist es, daß durch sie die Wäsche nicht befleckt wird. Sterol eignet sich vortrefflich zur Inkorporation der verschiedensten Arzneistoffe. Bisher wurden mit Airol, Hydrargyrum, Acidum boricum, Ichthyol, Dermatol, Isoform, Xeroform, Extr. Belladonnae, Opii etc. und Zincum oxydatum zubereitete Sterolsalben medizinisch mit Erfolg verwendet. — (Pharm. Post.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Calcium jodicum ist ein kristallinisches, weißes Pulver, das sich in zirka 400 Teilen Wasser löst. Dieses jodsaure Salz hat W. Mackie mit Erfolg als Ersatzmittel des Jodoforms und als gastrointestinales Antiseptikum verwandt. Man gibt innerlich zu 0·2 bis 0·3 g pro dosi.

Casanthrol ist nach Unna eine Mischung des Ungt. Caseini mit 10% Extr. lithanthracis, d. i. den in Aether und Benzol löslichen Bestandteilen des Steinkohlenteers. Das Casanthrol gehört zur Gruppe der sogenannten wasserlöslichen Firnisse und ist eine dickliche, zähe Emulsion, welche auch beim Erwärmen kein Fett abscheidet. Auf der Haut bildet sie nach wenigen Minuten einen trockenen, elastischen Ueberzug, welcher jedoch die Transpiration nicht behindert, eher noch erhöht. Beck empfiehlt das völlig neutrale Casanthrol bei Ekzemen der Kinder, Prurigo u. s. w. Es soll das einzige Teerpräparat sein, welches in starker Konzentration (10%) auch auf entzündeten, nässenden Hautpartien mit bestem Erfolge angewendet werden kann.

Cornutinum citricum, von Kobert in den Arzneischatz eingeführt, hat sich als die beste Form der Anwendung des Cornutins erwiesen. Es wird in zugeschmolzenen Röhrchen in steriler Lösung in den Handel gebracht. Es gewährleistet prompten und sicheren Erfolg bei atonischen Blutungen nach der Geburt, bei Metro- und Menorrhagien infolge von Endometritis, Metritis, Erkrankungen der Uterusadnexe und Spermatorrhöe als Ersatz des Mutterkorns und seiner als minder zuverlässig befundenen Extrakte.

Gomenol wird das ätherische Oel von Melaleuka viridiflora, einer Myrtacee, genannt, welches gegen Lungentuberkulose und Erkrankungen der Atmungs-

Digitized by Google

organe zu 0·5 g in Kapseln (täglich 4—10 Stück) gereicht werden soll. Ebenso brauchbar soll sich dasselbe bei Rheumatismus und Nervenschmerzen und als 2%ige Einspritzung bei Blasenentzündung erwiesen haben.

Goudrogenin (Goudrogénine) wird ein trockener Holzteer aus Koniferenholz genannt, der braune Splitterchen oder Blättchen bildet, die sich leicht und vollkommen in Wasser lösen. Eine solche Lösung zeigt nach Goris alle Eigenschaften des gebräuchlichen Teerwassers, auch in Bezug auf dessen bakterizide Wirkung.

Hopogan (Biogen). Unter diesem Namen, besonders als Hopogan-Pastillen, wird zur Unterstützung der in neuerer Zeit vielfach empfohlenen internen Sauerstofftherapie ein Präparat in den Handel gebracht, welches neben Milchzucker nach einer Analyse von Jeserich etwa 26% reines Magnesiumsuperoxyd enthält.

Humінal ist ein flüssiges, alkalisches, aus Eisenmoor hergestelltes Moorextrakt, das bei Rheumatismus, Gicht und Lähmungen Anwendung findet.

Influenzin ist ein weißes, kristallinisches und hygroskopisches Pulver von süßlichem, nachher intensiv bitterem Geschmack. Die hauptsächlichsten Bestandteile sind: Phenazetin, Koffein, Chininsalizylat und Kochsalz.

Proponal. E. Fischer und J. von Mering hatten (1903) eigentümliche Beziehungen zwischen der schlafmachenden Wirkung und der chemischen Zusammensetzung der Schlafmittel gefunden, die der Dialkylbarbitursäurereihe angehören. Die hypnotische Kraft, die bei der Dimethylbarbitursäure kaum bemerkbar ist, wird bei der Diäthylverbindung, dem Veronal, schon recht groß, steigt aber dann noch und erreicht bei der Dipropylverbindung, dem Proponal, ein Maximum. Die ersten Versuche, die mit Proponal gemacht wurden, waren jedoch nicht sehr günstig, und E. Fischer und J. von Mering empfahlen das Veronal zum Gebrauch. Neue Beobachtungen haben aber inzwischen gezeigt, daß das damals verwendete Proponal nicht chemisch rein war. Ein ganz reines Präparat hat nun beim Menschen sehr befriedigende Ergebnisse bei Verwendung als Hypnotikum ergeben. Proponal ist, wie Veronal, eine farblose, kristallinische Substanz und wird am besten in Pulverform in Gaben von 0·15, 0·20—0·5 g eingenommen. Darsteller: Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld und E. Merck in Darmstadt. — (Pharm. Post Nr. 1, 1906.)

Tamaquaré (Tamaquary, Tamacoare) wird eine aus einer brasilianischen Myrospermum-Art gewonnenen Flüssigkeit genannt, die mit Weingeist mischbar ist, nicht trocknet und sich zwischen den Fingern fettig anfühlt. Dieselbe findet in der Augenheilkunde Anwendung als Unguentum Tamarquaré concentratum (10%), fortius (6%) oder mitius (3%) mit amerikanischem Vaselin verrieben.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

(Fortsetzung.)

Antistaphylokokkenserum. Zusammensetzung: Ein von Pröscher dargestelltes, gegen die 5—7fache tödliche Dosis lebender Staphylokokkenkultur schützendes Serum.

Antistreptokokkin. Zusammensetzung: Ein aus dem Blute mit Streptokokkenkulturen vorbehandelter Pferde gewonnenes Serum (Streptokokkenserum). Anwendung: Zu Injektionen gegen Erysipel, Septikämie, Puerperalfieber, Phlegmonen, Anginen, Bronchopneumonie sowie bei Mischinfektionen. Dosis 20 cm³, nach 24 Stunden 10 cm³ u. s. f., bis dauernde Temperaturerniedrigung eingetreten ist.

Antitetanusserum. Zusammensetzung: Aus dem Blute mit Tetanuskulturen vorbehandelter Pferde hergestelltes Serum. Anwendung: Als prophylaktische wie als heilende subkutane und auch intravenöse Injektion.

Antiphthisin Klebs (Sozalbumose, Tuberkulocidin). Zusammensetzung: Aus Bouillonkulturen von Tuberkelbazillen hergestelltes Präparat, bestehend aus einer Lösung des durch Alkohol gefällten Antitoxins in 0·2% Orthokresol enthaltendem Wasser. Anwendung:

Digitized by Google

Zu Injektionen gegen Tuberkulose. Das Präparat wird vorher auf seinen Wirkungswert eingestellt. Es wurden früher zwei Antiphthisine dargestellt, welche mit AP respektive APBi bezeichnet wurden. Im Jahre 1896 wird dann über ein Antiphthisin Ap berichtet, welches bei frischer Tuberkulose rektal oder subkutan angewendet werden sollte.

Oxysepsin. Zusammensetzung: Aus Kulturen von Sputum hochfiebernder Schwindsüchtiger durch Oxydation mit Wasserstoffsuperoxyd hergestelltes Präparat. Anwendung: Subkutan in Dosen bis 20 cm^3 bei Tuberkulose.

Oxytuberkulin. Zusammensetzung: Durch Sterilisieren eines Filtrats von Tuberkelbazilluskulturen mit Wasserstoffsuperoxyd, also durch Oxydation bereitetes Präparat. Anwendung: Als subkutanes Heilmittel gegen Tuberkulose in Dosen bis 20 cm^3.

Pneumokokkenserum Römers. Zusammensetzung: Serum von Haustieren, die mit zahlreichen Stämmen von Menschen gezüchteter Pneumokokken vorbehandelt sind. Anwendung: Bei Lungenentzündung und Hornhautverletzungen, hier, um das Entstehen eines Ulkus zu verhindern.

Antityphusextrakt. Zusammensetzung: Eine durch Verreibung von Milz, Knochenmark und Thymus typhuskranker Kaninchen mit Pepsin, Jod und Glyzerin hergestellte Flüssigkeit. Anwendung: Zweistündlich, bei Zurückgang des Fiebers dreistündlich, später nur dreimal täglich an fieberfreien Tagen ein Eßlöffel voll.

Typhusserum. Zusammensetzung: Aus dem Blute mit Typhuskulturpräparaten vorbehandelter Tiere dargestelltes Serum ist von verschiedener Herkunft im Handel, so das Typhusheilserum von Chantemesse, von Klemperer und vom schweizerischen Impfinstitute in Bern.

Milzbrandserum. Zusammensetzung: Auf dem üblichen Wege aus dem Blute mit Milzbrandkulturen vorbehandelter Tiere bereitetes Serum. Anwendung: Zur Immunisierung wie zur Heilung von Tieren bei Milzbrand.

Eumorphol „Riedel". Zusammensetzung: Ein von Hirschlaff in die Therapie eingeführtes Heilserum, welches aus dem Blute von Tieren hergestellt wird, die längere Zeit mit allmählich gesteigerten Dosen Morphin vorbehandelt sind. Anwendung: Das Serum ist wirksam gegen akute und chronische Morphium- und Opiumvergiftungen und dient besonders zur Unterstützung der Morphium-Entziehungskur. Zur Verwendung kommen bei letzterer subkutane Injektionen von 5—10 cm^3 in Zwischenräumen von 3—6 Tagen.

Ferrhaemin Hertel. Zusammensetzung: Ein aus frischem Rinderblut dargestelltes Eisenalbuminat, welches 0·124% Eisen und als konservierenden Zusatz 20% spanischen Wein enthält. Eigenschaften: Rotbraune Flüssigkeit. Anwendung: Mehrmals täglich 1—2 Eßlöffel (Kinder 1 Teelöffel) voll vor dem Essen gegen Anämie und Folgezustände.

Hämogallol. Zusammensetzung: Durch Einwirkung von Pyrogallol auf defibriniertes Blut erhaltenes Präparat. Eigenschaften: Rotbraunes, in Wasser unlösliches, geschmackloses Pulver. Anwendung: Bei Anämie und Folgezuständen in Dosen von 0·5 mehrmals täglich vor den Mahlzeiten. Bei Kindern 0·05—0·2. Kontraindiziert bei Gallenleiden.

Hirudin. Zusammensetzung: Der die Blutgerinnung aufhebende Bestandteil des Blutegels, aus dem Extrakte der Köpfe und Schlundringe (ausschließlich der Mundlippen) gesunder Blutegel hergestellt. Eigenschaften: Bräunliche, trockene Lamellen oder lockere Massen, die in Wasser sehr leicht löslich, in Alkohol und Aether unlöslich sind. Anwendung: Als Hämostatikum, besonders in der gynäkologischen Praxis.

Sanguinol. Zusammensetzung: Ein durch Eintrocknen von Kälberblut im sterilisierten Luftstrom bei niedriger Temperatur erhaltenes Blutpräparat. Eigenschaften: Dunkelbraunes, geruchloses, in Wasser leicht lösliches Pulver. Anwendung: Als Blutpräparat.

Sicco. Zusammensetzung: Aus frischem Rinderblute durch Defibrinieren, Entfetten und Eindampfen im Vacuum

Digitized by Google

hergestelltes Hämatogen, welches Eiweiß 89·52, organisches Eisen 0·332, Salze 2·60 und Fett 0·11% enthält. Eigenschaften: Schwarzbraunes, leicht wasserlösliches, geruch- und geschmackloses Pulver. Anwendung: Wie alle Hämoglobinpräparate bei Anämie, Chlorose, mangelhaften Ernährungszuständen des Körpers etc. — (Riedels Ber.) (Fortsetzung folgt.)

Präparate aus urogenitalen Drüsen.

Spermin (Marpmann) ist nach Angabe des Darstellers eine Auflösung der in verdünntem Alkohol löslichen Stoffe von frischen Stierhoden. Das Mittel findet Anwendung: per os in Dosen von 5—20 Tropfen bei Kachexien, bei Marasmus, sowie als Tonikum und Stimulans bei Schwächezuständen, Anämien, Herz- und Nervenschwäche, Diabetes, auch in der Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten. — (Riedels Mentor, 1905.)

Didymin ist ein aus den Hoden junger Bullen hergestelltes Präparat, das in Tablettenform (jede Tablette entspricht 0·3 g frischer Hodensubstanz) bei Hysterie, Epilepsie auf hysterischer Basis und als Aphrodisiakum empfohlen wird.

Testes siccati pulv. Nach Merck Pulver aus entfetteten Stierhoden, von dem 1 Teil = 6 Teilen frischen Organs. Wird als Tonikum, ferner bei Hysterie, Neurasthenie, Gehirn- und Rückenmarksleiden, Diabetes, Prostatahypertrophie und als Aphrodisiakum in Dosen von 0·6—2·0 pro die gegeben. Auch in Tabletten à 0·25.

Sequardin ist gleichfalls aus Stierhoden hergestellt. Die farblose Flüssigkeit wird als Tonikum zu subkutanen Injektionen benützt.

Testaden heißt ein aus Rinderhoden bereitetes Präparat, das in Dosen von 2 g (pro die 6—8 g) bei Rückenmarks- und Nierenleiden empfohlen wird.

Glandulae prostaticae sind nach Merck ein aus getrockneten Nebennieren von Rindern und Schafen hergestelltes Pulver. 1 Teil Pulver = 5 Teilen frischen Organs. Auch in Tabletten à 0·1 g. Anwendung: Morbus Addisonii, Diabetes, Menopause, Neurasthenie, zyklische Albuminurie, Herzleiden, Heufieber. Dosis: 0·2—0·3 mehrmals täglich.

Renaden heißt ein aus frischen Schweinenieren bestehendes Präparat, von dem 1 Teil 2 Teilen frischer Niere entspricht und das in Tagesdosen von 6—8 g bei Urämie und Nephritis Anwendung findet.

Renes siccati pulv. Nach Merck frische, getrocknete und gepulverte Schweinsnieren. 1 Teil = 6 Teilen frischer Niere. Findet Anwendung bei Nephritis in Dosen von 0·5—2·0 mehrmals täglich. Wird auch in Tablettenform à 0·1 g hergestellt.

Oophorin ist ein aus frischen Ovarien von Schweinen hergestelltes Präparat, das in Pastillen: à 0·3 Trockensubstanz bei Erkrankungen der Ovarien, klimakterischen Störungen und Chlorose etc. Anwendung findet.

Peptoovarin wird durch Peptonisieren von Ovarialsubstanz hergestellt und dient zu denselben Zwecken wie die übrigen Ovarienpräparate.

Corpora lutea siccata ist ein aus den Corpora lutea von Kühen hergestelltes Präparat. (1 Teil = $5^1/_2$ Teile des frischen Organs) in Tabletten à 0·05 g. Es wird in Dosen von 0·05 zweimal täglich bei Graviditätsbeschwerden gegeben.

Tanno-Organpräparate.

Heparonum Rhenania siccum pulveratum wird aus Lebern bereitet. Musculonum Rhen. sicc. pulv. wird aus Rindermuskeln dargestellt. Ovaronum Rhen. sicc. pulv. bovinum, ovilum und suilum wird aus den Eierstöcken von Kühen, Schafen, bezw. Schweinen hergestellt. Splenonum Rhen. sicc. pulv. wird aus Schweinemilz bereitet. Testonum Rhen. sicc. pulv. wird aus Stierhoden gewonnen. Thyronum Rhen. sicc. pulv. ovilum bezw. suilum wird aus Schilddrüsen von Schafen bezw. Schweinen hergestellt. Trionum Rhen. sicc. pulv. wird aus Leber, Pankreas und Muskeln bereitet. Sämtliche Präparate kommen so-

Digitized by Google

wohl als Pulver wie auch als Tabletten, aus 0·10 Substanz und 0·15 Milchzucker bestehend, in den Handel. Darsteller: Fabrik Rhenania in Aachen. — (Pharm. Post.)

2. Behandlungsmethoden.

Ueber die Behandlung der Hemeralopie mit Lebersubstanz berichtet der Assistenzarzt der Schutztruppe in Deutsch-Ost-Afrika Dr. H. Fabry. Ein schwarzer Führer bemerkte vor drei Monaten, daß er bei Dämmerung und des Nachts viel schlechter sehe als früher. Schließlich steigerte sich dies so erheblich, daß er in der Dämmerung geführt werden mußte und selbst vorgehaltene Finger nicht mehr zählen konnte, obwohl er vorher stets ein gutes Augenlicht hatte. Angeregt durch die Mitteilung von Roncagliolo (Med. Klinik Nr. 36, 1905) machte Vf. einen Versuch mit Lebersubstanz, indem er drei Tage hindurch täglich etwa 200 bis 250 g roher Schafleber essen ließ. Der Erfolg war ein ganz eklatanter. Schon am zweiten Tage vermochte der Kranke in der Dämmerung und Nachts allein wieder durch die Reihen der schlafenden Soldaten zu gehen. Am dritten Tage vermochte er in der Dämmerung ohne Mühe vorgehaltene Finger zu zählen. Der Befund blieb auch nach acht Tagen derselbe. Weitere Beobachtung war nicht möglich. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Zur Behandlung der Ischias empfiehlt Mitiwoff subkutane Strychnininjektionen (0·001 bis Maximum 0·002 pro dosi). Er injizierte meist an der Austrittsstelle des Ischiadikus. Je früher diese Behandlungsmethode beginnt, um so besser sind die Erfolge. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 1, 1906.)

Eine bemerkenswerte Mitteilung über die **Behandlung des Erysipels mit Formol** macht Teutschländer im „Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte", Nr. 2, 1906. Entmutigt durch den Mißerfolg seiner Behandlung der Affektion mit den bisher gebräuchlichen Mitteln, gebrauchte er in zwei Fällen die käufliche 40%ige Formollösung zu Einpinselungen am Rande der Entzündungssphäre. Beidemale handelte es sich um Personen, die die Krankheit zu wiederholtenmalen, und zwar stets sehr heftig gehabt hatten und bei welchen der Prozeß, unbekümmert um die Therapie, erst aufhörte, nachdem er die Runde um das Gesicht beendet hatte. Schon nach den beiden ersten Pinselungen war ein Sistieren des Fortschreitens der Infektion zu bemerken, nur am Auge, wo es nicht möglich war, einzupinseln, schritt er noch etwas fort. Im zweiten Falle wurden daher von vornherein brillenähnliche Kreise um die Augen gezogen. Nicht nur das Fortschreiten des Prozesses war unter dieser Behandlung wie abgeschnitten, sondern auch das Allgemeinbefinden besserte sich rasch erheblich. Das Fieber fiel, um nie mehr über 38 zu steigen, die Patientinnen wurden wieder munterer, bald blaßte die Dermatitis ab und nach vier Tagen war alles beendet, nur die Abschilferung dauerte noch längere Zeit an.

Behandlung der Lues.

Hydrargyrum anilinicum hat Fedtschenko bei Syphilis mit Erfolg in Form von Injektionen angewendet. Er verschreibt:

Rp.	Hydr. anil.	4·0
	Ol. vaselin.	30·0
	Cocain. nitr.	0·25

Zur Schmierkur verschreibt er pro dosi:

Rp.	Hydr. anil.	2·0—3·5
	Acid. oleïnic.	1·0
	Resorbin.	3·0
	Ol. Menth.	0·3

Diese Salbe soll sich besser als die graue verreiben, ist aber etwas weniger wirksam.

3. Rezeptformeln.

Psoriasis.

1. Rp.	Chrysarobini	0·15
	Resorcin.	1·0
	Acid. salicylic.	2·0
	Fetron	ad 50·0
S. Aeußerlich.		
2. Rp.	Chrysarobin.	5·0
	Fetron	ad 50·0
S. Aeußerlich.		

Digitized by Google

Brandwunden.

1. Rp. Zinkperhydrol Merck 50·0
Talci venet. 200·0
M. f. p.

2. Rp. Zinkperhydrol 50·0
Vaselini flavi 200·0
M. f. ung. — (Jacoby, Therap. Mon.-Hefte, Dez. 1905.)

Starkes Nasenbluten.

Rp. Antipyrini 0·50
Acid. tannic. 1·0
Sacchar. pulv. ad 10·0
M. D. S. Schnupfpulver. — (Rendu.)

Zuckerhaltige Dermatologika nach folgenden Vorschriften haben sich nach Hodora bei **Psoriasis** etc. gut bewährt.

1. Rp. Lanolini, Vaselinae āā 20·0
Sacch. alb. pulv., Zinc. oxydat., Glycerini, Sulfuris āā 10·0

2. Rp. Lanolini, Vaselinae āā 30·0
Sacch. alb. pulv. 20·0
Glycerini, Sulfuris āā 10·0
Chrysarobini 1·0—2·0
— (Journ. de pharm. d'Anvers.)

Darmkatarrh.

1. Rp. Gelatinae 10·0
Coque cum aqua dest. per horas VI, ut remaneant fluida ad 80·0
Filtra frigide
Adde Acid. citric. 1·0
Syr. cort. Aurant. ad 100·0
S. Zweistündlich einen halben Eßlöffel voll (für Kinder).

2. Rp. Gelatinae 20·0
Coque cum aqua dest. per horas VI, ut remaneant fluida ad 180·0
Filtra frigide
Adde Acid. citric. 2·0
S. Zweistündlich ein bis zwei Eßlöffel voll (für Erwachsene). — [Kohn.]

Urämie.

Rp. Pulv. fol. Digitalis 1·5
Pulv. et succ. Liquir. āā 1·0
M. f. p. D. t. D. Nr. XXX
S. Dreimal täglich zwei Pillen zu nehmen.

4. Varia.

Ueber die Wirkung der Amara auf die Magenverdauung bei verschiedenen Erkrankungen des Magens berichtet Liefschütz in einer experimentell-klinischen Studie (aus der therapeutischen Klinik der Universität Charkow). Die gewonnenen Resultate sind zum Teil auch für den Praktiker von Wert. So ergab sich, daß die Amara, eine gewisse Zeit vor der Nahrungsaufnahme verabreicht (1/4—1/2 Stunde), auf die Salzsäureausscheidung sowie auf die digestive Kraft des Magens bei denjenigen Magenerkrankungen, bei denen dyspeptische Erscheinungen mit verringerter Salzsäureabscheidung in den Vordergrund treten und denen keine tieferen anatomischen Veränderungen des Magens zugrunde liegen, einen günstigen Einfluß ausüben. Sie beeinflussen bisweilen auch die motorische Magenfunktion, indem sie dieselbe etwas steigern, haben aber keinen Einfluß auf das Absorptionsvermögen des Magens. Ihre Wirkung ist in starken Konzentrationen (30·0 : 200·0) eine viel geringere als in schwachen (12·0 : 180·0). Die Wirkung der einzelnen Amara ist nicht wesentlich verschieden. Relativ besser wirkt u. a. Condurango. — (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 1 u. 2, 1906.)

Zuckerfreie Diabetikermilch erhält man nach dem englischen Patent Nr. 17.818 von J. Bouma und S. G. Selhorst im Haag auf folgende Weise: Zuerst wird der Rahm durch Zentrifugieren abgeschieden und der Zucker daraus durch Waschen entfernt. Aus der abgerahmten Milch wird das Kaseïn durch Essigsäure gefällt, abfiltriert, die zuckerhaltige Flüssigkeit abgespült und in verdünnter Sodalauge wieder gelöst, so daß die Flüssigkeit noch schwach sauer reagiert, dazu setzt man ein lösliches Phosphat, am besten Natriumphosphat, zur Erzielung

Digitized by Google

einer amphoteren Reaktion und Verhinderung der Koagulation beim Sieden, ferner ein lösliches Kalziumsalz (Calc. chlorid.) zur Hervorrufung der weißen Milchfarbe, etwas Kochsalz und endlich zum Süßen Kristallose, das Natriumsalz des Methylsaccharins. Die so hergestellte Lösung wird dann wieder mit dem zuerst abgeschiedenen, ausgewaschenen Milchfett vereinigt. Diese Diabetikermilch läßt sich bei 100° C. sterilisieren, ohne zu koagulieren. — (Pharm. Ztg. Nr. 104, 1905.)

In einer interessanten Arbeit über neuere Anwendungen bereits bekannter Heilmittel weist Dr. A. Kwisda (Pharm. Post Nr. 1, 1906) auf einige **ungewöhnliche Anwendungen des Adrenalin** hin. So hat Menger über eine sehr rasch verlaufende Heilung eines giftigen Schlangenbisses unter Adrenalinanwendung berichtet. Lokale Adrenalinanwendung empfiehlt Steinschneider (Münch. med. Wochenschr., 1905) bei Fällen uteriner Hämorrhagie, die nicht auf anatomische Veränderungen des Uterus zurückzuführen sind. Er hat das Mittel zwar nur an drei Fällen erproben können, aber damit stets gleich gute Erfolge erzielt. Zwei seiner Patientinnen hatten zwei Jahre lang an schwerer Menorrhagie gelitten, welche durch die gewöhnlichen Mittel nicht zu beheben war. In dem einen Falle, wo täglich zehn- bis zwölfmalige Blutung vorkam, hörte die Hämorrhagie auf nach einer intrauterinen Applikation von Adrenalin mittels Baumwolle, die um eine Playfair'sche Sonde gewunden war. Plant und Steele haben versucht, seröse Exsudate mittels Adrenalin zu beeinflussen (Brit. med. Journ.), namentlich bei Leberzirrhose, die in den meisten Fällen schon nach einmaliger Injektion einer 1:4 mit sterilem Wasser verdünnten Adrenalinchloridlösung (1:1000) aufhörten. Die Vf. haben gefunden, daß die Zugabe einiger Tropfen Adrenalinlösung zu einer Eprouvette voll flüssigen Exsudates sofortige Fällung von unregelmäßig geformten Lymphflocken bewirkt. Sie vermuten, daß diese Reaktion auch bei der Heilwirkung des Adrenalins eine Rolle spielt. Wenigstens zeigten sich in einem Falle von Leberkarzinom, wo der Patient fünf Wochen nach der Injektion starb, zahlreiche Adhäsionen zwischen dem viszeralen und dem parietalen Peritoneum und ein flockiger Niederschlag über die ganze Oberfläche des Peritoneums.

Vf. kommen auf Grund dieser Erfahrung zu dem Schluß, daß Injektionen von Adrenalinchlorid in allen jenen Fällen von serösen Ergüssen angezeigt erscheinen, wo die gewöhnliche Behandlungsweise versagt.

Enesol in der Behandlung der Lues.

Das Enesol oder salizylarsensaure Quecksilber ist eine Hg-Verbindung, welche sich nach Barbulescu durch eine besonders geringe Giftigkeit auszeichnet. Die Giftigkeit des Präparats ist etwa 70mal geringer als diejenige des Jodquecksilbers, außerdem ist es viel weniger reizend, so daß die intramuskulären Einspritzungen mit Lösungen desselben fast schmerzlos sind. Dem Arsengehalt verdankt das Mittel außerdem tonisierende und dynamische Wirkungen. Vf. hat das Mittel mit gutem Erfolg bei verschiedenen Stadien und Formen der Syphilis angewandt und empfiehlt es an Stelle der bisherigen Quecksilbersalze. Die tägliche Dosis ist 0·06—0·12; für eine Behandlungsserie sind 20—30 Injektionen nötig. — (Rev. san. milit. Nr. 8, 1905; Deutsche Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1906.)

Ueber die Methoden der Einführung von Quecksilber in den Organismus bei Syphilis

berichtet Petersen in der russischen med. Rundschau Nr. 1, 1906.

Die Einreibungen, Injektionen und das Tragen einer Quecksilbersalbe oder des Merkuriols in Säckchen — alle diese Methoden der Einwirkung von Quecksilber in den Organismus vermögen auf die Erscheinungen der Lues im Früh- wie im Spätstadium einzuwirken. Bei der Behandlung im Krankenhause gebührt der Vorzug den tiefen und subkutanen Injektionen. In der ambulatorischen Praxis erweisen sich die Injektionen ebenso wirksam wie das Tragen von Säckchen mit Quecksilber oder mit Merkuriol. Das Tragen von Säckchen mit Quecksilber

Digitized by Google

würde sich besonders in der Praxis auf dem Lande eignen. Die Inunktionskur erfordert ein gewisses geistiges Niveau des Patienten oder es muß ein gut ausgebildetes Dienstpersonal für die Ausführungen der Einreibungen zur Verfügung stehen. Wenn es sich aber um Schwerkranke handelt, besonders wenn sie sich in bewußtlosem Zustande befinden, und Lähmungserscheinungen festgestellt sind, sind die Injektionen nicht mehr zu gebrauchen. Die Inunktionskur ist dann viel zweckmäßiger. Dasselbe gilt von Fiebernden. In allen Fällen, in denen der Organismus leicht das Quecksilber aufnimmt, kommt die Anwendung der Inunktionskur oder der mit Quecksilber beladenen Säckchen in Betracht. Die innerliche Applikation von großen Quecksilberdosen bei Syphilis ist zu vermeiden, da leicht Verdauungsstörungen eintreten können. Die Verordnung kleiner Dosen von Kalomel kann von großem Nutzen sein. In allen Fällen von Hydrargyrumbehandlung muß die Nierentätigkeit berücksichtigt werden; vor der Quecksilberapplikation darf die Urinuntersuchung auf Eiweiß nie unterlassen werden. Sind Gingivitis oder Diarrhöe aufgetreten, so muß die Hydrargyrumtherapie sofort unterbrochen werden, da das Quecksilber durch die Nieren, den Speichel und den Darmtraktus aus dem Körper ausgeschieden wird.

Bücher-Anzeigen.*)

Die sexuelle Frage. Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete. Von Prof. August Forel. 5. Auflage. München 1905. Verlag von Ernst Reinhardt. Preis 8 Mark.

Das außerordentlich umfangreiche Tatsachenmaterial, das Vf. bearbeitet hat, die Art und Weise, wie die Bearbeitung, die an Gründlichkeit und kühnem, idealen Mute ihresgleichen sucht, vorgenommen wurde, vor allem aber der Umstand, daß eine derartige sachliche und vorurteilslose Bearbeitung der behandelten Frage unbedingt ein Bedürfnis war, das in vorliegendem Werke eine klassische Erledigung gefunden hat, machen Forels „Sexuelle Frage" zu einer der beachtenswertesten und verdientermaßen erfolgreichsten modernen Publikationen. F. L.

Ueber das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. Von Prof. Dr. P. Klaussner. Wiesbaden 1905. Verlag von J. F. Bergmann. Preis 1. Mark. 33 Seiten. Gr. 8°.

In anziehender Weise bespricht der bekannte Verf. das Verhalten des Arztes, insbesondere des Chirurgen, gegenüber dem Patienten und dessen Umgebung, die psychischen Vorbereitungen zur Operation u. s. w. Das Büchlein, das „dem jungen Kollegen" zugeeignet ist, bietet auch dem erfahreneren Arzt manchen wertvollen Fingerzeig und gibt ihm für den Zweifelsfall manchen guten Rat als Unterstützung seines menschlichen und ärztlichen Taktgefühls. Ref. möchte das Heft als den gelungenen Versuch eines „Knigge" für den Chirurgen bezeichnen. Die Anschaffung des billigen Büchleins ist jedem Arzt, dem das psychische Wohl und das Vertrauen seiner Patienten wertvoll ist, zu empfehlen; den Anfänger und den Studierenden wird es vor manchem Taktfehler bewahren. Klar.

Grundriß der gynäkologischen Operationen. Von Prof. Dr. M. Hofmeier, Würzburg. Vierte vollkommen umgearbeitete und vielfach vermehrte Auflage. Mit 234 Abbildungen und zwei Tafeln. 590 Seiten. Leipzig und Wien 1905. Verlag von Franz Deuticke. Preis 16 Mark = K 19·20.

Der Unterschied gegen die früheren Auflagen des vorliegenden Werkes, deren letzte vor sieben Jahren erschien, besteht hauptsächlich darin, daß die damaligen Auflagen vorzugsweise für Studierende und Anfänger bestimmt waren, während die Neuauflage, nach Ausspruch des Verfassers im Vorwort, mehr den Bedürfnissen des Fachmannes entsprechen soll. Bei der Stellung, die Vf. in

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

der modernen Gynäkologie einnimmt, bedarf es wohl nicht erst der Bestätigung, daß er diese Aufgabe glänzend gelöst hat.

Es gibt kaum ein Gebiet der modernen operativen Gynäkologie, das nicht in dem Werke in klarer, umfassender Weise gewürdigt wird. Dabei wird nicht nur die Literatur ausführlich herangezogen, sondern es werden auch (und das gibt dem Werke erst seinen eigentlichen Wert) die reichen persönlichen Erfahrungen des Autors in die Wagschale geworfen.

Die vielumstrittene Frage der abdominalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus gegenüber der erweiterten vaginalen wird genau besprochen, wobei sich Vf. nicht als Anhänger der ersteren Operationsmethode bekennt, da die große primäre Mortalität (20%) in keinem Verhältnis steht zu den doch immerhin noch sehr zweifelhaften besseren Resultaten.

Ein ganz besonderer Vorzug des Werkes sind die ausgezeichneten Abbildungen, welche, meist nach dem Leben aufgenommen, die betreffenden Operationen in vorzüglicher Weise illustrieren.

Große Anerkennung gebührt dem Verlag, welcher das Buch dem Inhalt entsprechend ausstattete.

Vfs. „Gynäkologische Operationen" sind einem jeden, der sich mit Gynäkologie beschäftigt, aufs wärmste zu empfehlen, denn sie gehören zu dem Besten, was auf diesem Gebiete erschienen ist. G. Wiener, München.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. (Beihefte zu den Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes.) 22. Band. 3. (Schluß-)Heft. Mit zwei Tafeln. Berlin 1905. Verlag von Julius Springer.

Die Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte im Springer'schen Verlag gehören schon lange nach Inhalt und Ausstattung zu den vornehmsten Publikationen.

Vorliegendes Heft enthält: Untersuchungen über die Vakzine von Dr. S. Prowazek. Er beschäftigt sich in der Hauptsache mit den in der Lymphe sich findenden Lymphkörperchen; ferner Beiträge zur Untersuchung von Schweineschmalz und Butter von Dr. Eduard Polenzki; Beiträge zur Untersuchung von Schweineschmalz von demselben Vf.; Studien über Formaldehyd. 1. Mitteilung: Formaldehyd in wässeriger Lösung von Dr. F. Auerbach und Dr. H. Barschall; Die Ergebnisse einer biologischen Probeuntersuchung des Rheins von Prof. Dr. Lauterborn in Ludwigshafen a. Rh.; schließlich eine Reihe kleinerer Mitteilungen aus den Laboratorien des Kaiserlichen Gesundheitsamtes: Ueber Leconin von Dr. Raseach; Chemische Untersuchung der Jelamasse von Dr. Polenski; Fortsetzung der chemischen Untersuchung neuer, im Handel vorkommender Konservierungsmittel für Fleisch und Fleischwaren von demselben Vf.; Ueber den Nachweis von Kupfer in Gemüsekonserven und Gurken mittels Eisen von Dr. Gustav Riess; schließlich chemische Untersuchung eines unter dem Namen Fruktin (Honigersatz) im Handel befindlichen Präparats von demselben Vf. F. L.

Taschenbuch der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. Von Spezialarzt Dr. med. F. Schilling. V. Jahrgang. Leipzig 1905. Verlag von Benno Konegen. Preis 2·40 Mark.

Ein guter, sorgfältig zusammengestellter Ratgeber, dessen Anschaffung jedem Kollegen empfohlen werden kann. L.

Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill in Dresden. 33. Jahrgang, 1906. I. Semesterheft. Leipzig 1906. Verlag von Benno Konegen. Preis 1·50 Mark. 208 Seiten.

Der Almanach bringt wieder eine gute Uebersicht über die Fortschritte der Therapie und ist geeignet, den vielbeschäftigten Kollegen, dem es an Zeit und Lust mangelt, sich über die moderne Therapie aus Zeitschriften zu informieren, auf dem Laufenden zu halten. Freilich leistet dabei der Almanach nicht mehr als irgend ein guter Kalender. Eine Reihe neuerer Mittel werden gar nicht erwähnt. L.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Die Therapie der genuinen Epilepsie

nebst einem Anhang über die Therapie der übrigen Epilepsieformen mit Berücksichtigung der Literatur der letzten 15 Jahre.

Von **Werner Runge** in Heidelberg.

Solange es eine medizinische Literatur überhaupt gibt, ist auch die Epilepsie bekannt, denn ihr schreckenerregendes Bild mußte selbst dem Laien von jeher ganz besonders auffallen. Gerade das Geheimnisvolle und Fürchterliche in dem Symptomenkomplex erweckte in dem naiven Beobachter alter Zeiten den Eindruck von etwas Uebernatürlichem, und der Mensch, welcher von dem Morbus sacer befallen war, hatte für ihn ein- für allemal etwas Dämonisches in sich. So wendet sich schon Hippokrates mit energischen Worten gegen diese abergläubische Auffassung: „Mir scheinen diejenigen, welche zuerst diese Krankheit mit den Dämonen in Verbindung gebracht und sie deshalb für heilig ausgegeben haben, solche Leute gewesen zu sein, wie die jetzigen Zauberer, Entsündiger, Gaukler und großredneriſchen Landstreicher, welche eine große Frömmigkeit und bedeutendes Wissen erheucheln!“

All die Jahrhunderte hindurch hat man sich bemüht, durch zahllose Hypothesen einiges Licht in dieses schreckliche Krankheitsbild zu bringen; waren es im Altertum und Mittelalter vornehmlich theologische und philosophische, so tauchten in der Neuzeit mehr anatomische und physiologische auf und erst in den letzten fünfzig Jahren ist es gelungen, Erklärungen für manche Erscheinung der Epilepsie zu finden, so daß man einen bedeutenderen Schritt weitergekommen ist, als in all den früheren Jahrhunderten zusammengenommen; jedoch ist die letzte Ursache der Krankheit heute so unbekannt wie früher!

Der uralten Kenntnis des Morbus sacer entsprechend, hat auch seine Therapie unzählige Wandlungen durchmachen müssen. Im Altertum scheint man zielbewußter als im Mittelalter vorgegangen zu sein, wenigstens ist zu jenen Zeiten schon die Trepanation bei Epilepsie vorgenommen worden, mit welchem Erfolge allerdings läßt sich leicht erraten! Später, etwa vom II. Jahrhundert post christum an, wird das Blut aus dem Kopfe eines Hingerichteten als wirksames Mittel empfohlen und die Epileptiker haben in Butter gebratene Regenwürmer mit gutem Erfolge genossen.

Daß die sinnlosesten Behandlungsmethoden sich halten konnten, daß auch heute noch unzählige Mittel gegen Epilepsie gepriesen werden, findet zum Teile darin eine Erklärung, daß fast jeder Autor mit seiner Methode Erfolge aufzuweisen hat, weil die behandelten Fälle nicht immer echte Epilepsie, sondern Hysteroepilepsie waren, weil zuweilen durch andere Zufälle, z. B. interkurrente Krankheiten, Heilungen eingetreten sind, weil anderseits aber auch im Verlaufe der Epilepsie sehr große Schwankungen, jahrelange anfallsfreie Perioden, ja Spontanheilungen vorgekommen sind, die fälschlich als Erfolg der betreffenden Methode aufgefaßt wurden. — Die gewaltige Anzahl der empfohlenen Heilmittel bei Epilepsie zeigt eben hier wieder, daß die eigentliche Ursache der Krankheit unbekannt ist, daß infolgedessen zahllose Hypothesen aufgestellt worden sind, auf Grund deren man die verschiedensten Heilmethoden anpries und schließlich, daß es ein ausreichendes Mittel, welches wirklich der Causa morbi genügt, noch nicht gibt. Weitere Bemühungen, weitere Arbeit, eine spezifische Behandlung der Epilepsie zu finden, sind berechtigt und nötig;

Digitized by Google

das zeigt die neuere Statistik von Habermaas vom Jahre 1901 über 937 Fälle aus der Anstalt Stetten: von diesen starben 166, und zwar führte bei 60% von diesen die Epilepsie selbst zum Tode! Die durchschnittliche Lebensdauer der Epileptiker betrug nur 25 Jahre und nur 17·3% blieben frei von intellektueller Schädigung.

Es ist hier nicht die Aufgabe, all die zahllosen Heilmittel und Heilmethoden, die auch heute noch empfohlen werden, aufzuzählen, sondern nur, ein Bild davon zu geben, was bis heute mit unserer Therapie im allgemeinen erreicht worden ist. Also nur die Behandlung der Epilepsie selbst, nicht die des einzelnen Anfalles, soll hier Berücksichtigung finden und nur die Therapie der echten genuinen Epilepsie, nicht die der anderen Epilepsieformen sei hier besprochen.

Hygienisch-diätetische Therapie.

Fast alle Autoren empfehlen, die ganze Lebensweise eines Epileptikers immer mit Rücksicht auf sein Leiden einzurichten. — Vor allem soll die Ernährung eine zweckentsprechende sein. Jedes Reizmittel muß vermieden werden, besonders der Alkohol; ebenso sind starker Kaffee, Tee und scharfe Gewürze zu verbieten. Durch eine sorgfältige Diät soll man möglichst jeder Indigestion, jeder Ueberladung des Magens vorbeugen. Auch reichlicher Fleischgenuß muß nach Oppenheim, Binswanger, Jolly verboten werden. Sidney-Short und Wislocki erzielten durch Einschränkung der Fleischnahrung Herabsetzung der Anfälle. Alt stellte durch statistische Untersuchung fest, daß vegetabilische Nahrung und Milchdiät von großem Nutzen sind. Er schreibt einer Reihe von Magen- und Darmkrankheiten eine hohe Bedeutung in der Aetiologie der Epilepsie zu; Fleury trennt eine „toxialimentäre Epilepsie“ von den übrigen ab und empfiehlt daher Magen-Darm-Ausspülungen mit wiederholten Laxantien zur Vermeidung der Auto-Intoxikation vom Intestinaltraktus aus. Dagegen hat hinwiederum Schlöß durch Versuche an Epileptikern gezeigt, daß ausschließliche Milchdiät oder vegetabilische Nahrung die Anzahl der Anfälle nicht vermindert (auch Strümpell), wie sie auch durch ausschließliche Fleischnahrung nicht vermehrt wird. Mäßige Alkoholgaben (bis zu 1 l leichten Bieres pro die) sollen die Anzahl der Anfälle ebenfalls nicht vergrößern.

Oppenheim empfiehlt reichliche Bewegung im Freien, jedoch ohne jede Ueberanstrengung, die auch auf geistigem Gebiete verhütet werden soll; überhaupt ist vor jedem Exzeß zu warnen. Je ruhiger und vorsichtiger die Kranken in jeder Beziehung leben, desto weniger Anfälle werden nach der Erfahrung Strümpells beobachtet. Dementsprechend ist die Berufswahl der Epileptiker zu treffen, besonders mit Rücksicht darauf, daß Orte vermieden werden müssen, wo das Leben während eines Anfalles gefährdet werden könnte.

Als geeigneter Aufenthalt sind waldreiche Orte in mittlerer Höhenlage (500 bis 800 m über dem Meere) zu empfehlen, da ein solches Höhenklima einen günstigen Einfluß auf das Nervensystem, den Stoffwechsel, die Verdauung, die Atmung und Blutbeschaffenheit erhoffen läßt (Binswanger). Oppenheim hat vom Höhenklima keinen wesentlichen Nutzen gesehen, dagegen empfiehlt er wegen des beruhigenden Einflusses auf das Nervensystem durch Fernhaltung aller Schädlichkeiten den Land- und Waldaufenthalt.

Eine milde Kaltwasserkur darf bei jedem Epileptiker angewandt werden (Oppenheim, Strasser, Binswanger) zur Unterstützung der Ernährungstherapie, wie auch die elektrische Behandlung, vor allem der galvanische Strom. Erb (s. Binswanger) empfiehlt die Galvanisation des Kopfes und in Fällen mit ausgesprochenen vasomotorischen Erscheinungen inner- und außerhalb des Anfalles die Galvanisation des Halssympathikus. Dabei ist eine lang fortgesetzte und konsequente Behandlung, aber nur mit sehr schwachen Strömen, durchaus notwendig! Erbs Anweisung lautet: „Zunächst Behandlung schräg durch den Kopf von der Schläfenregion und oberen Stirngegend der einen Seite

Digitized by Google

(Anode, große Kopfelektrode) zur entgegengesetzten Seite des Nackens (Kathode, große Elektrode), stabil, sehr schwacher Strom (5—15° Nadelablenkung, 4—6 Elemente), beiderseits je $^1/_2$—1 Minute, dann längs der Stirne (Anode) zum Nacken ebenfalls $^1/_2$—1 Minute.“ — Jaboulay, Scobbo suchten durch Faradisation des Halssympathikus Verengerung der Hirngefäße und dadurch Hirnanämie zu erzielen. Donath hält das für zwecklos. — Auch die allgemeine Faradisation ist von Rockwell, Fischer angewandt worden.

Medikamentöse Therapie.

Aeltere und wenig gebrauchte Mittel.

Zunächst möchte ich einige ältere Mittel gegen die Epilepsie erwähnen. Zu ihnen gehört die Radix Valerianae, die bereits von Aretäus und Galenus empfohlen und im Mittelalter von neuem angepriesen wurde. Wie man aus Tierversuchen geschlossen hat, beruht die Wirkung in Herabsetzung der Reflexerregbarkeit. Auch heute wird sie noch vielfach angewandt. — Dann die Radix Artemisiae (von Burdach empfohlen); sie wird besonders Frauen gegeben, bei denen als Ursache der Epilepsie Sexualstörungen angenommen werden, ist jedoch nur selten angewandt worden, ebenso wie das Hyoscyamin und das Hyoscin (Gnauck, Reinhard u. a.).

Heutzutage wenig gebraucht werden folgende Mittel:

Cannabis indica (empfohlen von Reynolds, Sinkler) hat nach Gowers wenig Nutzen. Nach der Erfahrung Binswangers ruft Extractum Cannabis indicae schon in kleinen Dosen Vergiftungserscheinungen hervor.

Cocculus indicus und sein Alkaloid, das Pikrotoxin (Hamburgin, Planat), soll man nach Binswanger wegen ihrer krampferregenden Wirkungen äußerst vorsichtig anwenden. Jedoch will Planat 16 Heilungen mit Pikrotoxin erzielt haben.

Von den Salzen des Pilokarpins (Challand, Rabow) sah Féré entmutigende Resultate; in drei Fällen kam es nach Anwendung dieses Mittels zu epileptischen Anfällen.

Larrea selbst will durch Fructus simulo von Epilepsie geheilt worden sein, andere (Eulenburg, Allen, Starr) sahen keinen Erfolg davon.

Die Sklerotinsäure wird von Féré und Gowers als nutzloses Mittel erwähnt. Bricon und Bourneville sahen davon geringe Besserung (siehe Binswanger). Ohne Nutzen ist ebenfalls das von Mitchell und Ralfe empfohlene Natriumnitrit (Gowers).

Zu den auch heute noch hie und da gebrauchten Mitteln gehört das Curare. Voisin hat die Folgeerscheinungen des Anfalles mit diesem Mittel gebessert. Berger hat in einzelnen Fällen von Epilepsia gravis günstige Erfolge gesehen. Nach Versuchen von François Franck soll Curare nur auf die Muskelkrämpfe einwirken, während es die inneren, zirkulatorischen und andersartigen Vorgänge nicht beeinflußt. Unverricht sagt über die Wirkung des Curare: „Die Stürme des zentralen Nervensystems gelangen nicht an die Oberfläche, aber der krankhafte Entladungsprozeß nimmt seinen Fortgang und entfesselt, wie experimentelle Untersuchungen am Gefäßsystem beweisen, seine verheerende Wut an vielen Organen.“

Das Opium, welches früher sehr viel gebraucht und schon zur Zeit des Paracelsus empfohlen wurde, findet heute keine Verwendung mehr, nur ist es in der Opium-Brombehandlung, die später Erwähnung finden wird, zu neuer Geltung gelangt. Sein Alkaloid, das Morphium (Radcliffe u. a.) hat sich nicht eingebürgert; nach Gowers ist es nur in hysteroiden Fällen wirksam; er mahnt zur Vorsicht, da das Mittel lebensgefährlich wird, wenn der Morphiumschlaf mit dem postepileptischen Koma zusammenfällt. Nach der Meinung von Unverricht verringert es nur die Entstehung krankhafter Entladungen in den motorischen Hirnteilen, wirke aber auch in dieser Hinsicht nicht vollkommen.

Digitized by Google

Chloralhydrat (Unverricht) und Amylenhydrat (Wildermuth) können nach Binswanger serienweise Anfälle coupieren und wirken dadurch günstig. Chloralhydrat ist nach seinen Erfahrungen besonders im Status epilepticus von guter Wirkung; er hat es in einem dadurch geretteten Fall als Klysma von 3 g zweistündlich gegeben, bis der Krampf sistierte und sich ruhiger Schlaf einstellte. Auch Strümpell machte gute Erfahrungen mit dem Chloralhydrat; er gab es in Pulver- und Pillenform täglich etwa 0·5—1·0 auf 2—3 Dosen und empfahl es in Kombination mit Brom. — Das Amylenhydrat gab Wildermuth in Dosen von 5·0—8·0 pro die; es entfaltet bei sehr gehäuften Anfällen und im Status epilepticus ebenfalls günstige Wirkungen (Wildermuth, Donath, Wulff, Ackermann), auf den Verlauf der Epilepsie soll es keinen Einfluß haben (Wulff, Ackermann). Pétzy-Popovitz sah sogar günstige Wirkung auf den psychischen Zustand der Epileptiker; Näcke dagegen kann es nicht empfehlen, da bei mehrwöchentlichem Gebrauch Zunahme der Anfälle und große Benommenheit auftraten, und Oppenheim hält es für unzuverlässig.

Das Amylnitrit wird von Berger bei solchen Kranken gepriesen, bei denen sich Erscheinungen von „zerebralem Gefäßkrampf mit auffälligem Erblassen des Gesichtes“ zeigen (siehe Binswanger). Er konnte zuweilen die Krämpfe damit coupieren. Binswanger sagt, daß die Anwendung dieses Mittels auf rationeller Grundlage beruhe, da Einatmen von Amylnitrit intensive Rötung des Gesichtes und Erweiterung der Piaarterien bewirke, wie durch Versuche festgestellt sei.

Die Belladonna (Debreyne) ist schon zur Zeit Hufelands vielfach verwandt worden. Féré gibt sie als Pulver oder Extrakt in steigenden Dosen von 0·02 an, jede Woche um 0·02 steigend, bis sich Intoleranzerscheinungen zeigen (Schwindel, weite Pupillen, Diarrhöe etc.); 0·2 g werden dann noch gut vertragen. Féré sah nur in einem Falle zwei Monate lange Besserung, sonst nur zweifelhafte Erfolge. Die besten Dienste leiste die Belladonna noch gegen die abortiven Anfälle. Gowers, Oppenheim geben sie auch in Kombination mit Bromkali. Noch mehr Anwendung findet heute ihr Alkaloid, das Atropin (Michéa, Lange), gewöhnlich als Atropinum sulfuricum, bei Kindern $^1/_2$ mg, bei Erwachsenen 2 mg pro dosi (Binswanger). Oppenheim sah zuweilen gute Erfolge auch da, wo Brom nichts nutzte. Albertoni stellte durch Versuche fest, daß das Mittel die Erregbarkeit des Zentralnervensystems steigert, andere (v. Bezold, Blöbaum, Wood, Cerna), daß es das Atmungszentrum erregt, Husemann, daß kleine Dosen Steigerung, größere Herabminderung des Blutdruckes bewirken. Binswanger stimmt Albertoni darin zu, daß Atropin bei der Reflexepilepsie sowohl innerlich wie subkutan im Bereiche der Läsion, wo es die Erregbarkeit der peripheren, sensiblen und motorischen Nerven abstumpfte, mit Erfolg anzuwenden sei.

Digitalis wird noch viel in England gegen Epilepsie gebraucht. Gowers empfiehlt sie in Kombination mit Bromsalz, da er bei alleiniger Anwendung keinen großen Erfolg sah.

Von dem hier und da empfohlenen Antipyrin und Antifebrin sahen Binswanger, Wulff und Bondurant keine Erfolge.

Zu den ältesten Mitteln gegen die Epilepsie gehören verschiedene metallische Nervina, hauptsächlich das Zinkoxyd (Hufeland, Herpin u. a.); Féré verschreibt es in allmählicher Steigerung bis zu Dosen von 2·0—3·0 pro die und mehr; als Nebenerscheinungen treten dabei Uebelkeit und Diarrhöe auf. Begonnen wird bei Erwachsenen mit 0·06—0·08, bei Kindern mit 0·02 g. Besonders gute Besserung sah Féré zuweilen, wenn er es in Kombination mit Brom gab. In Frankreich wird es in anderer Form und Kombination als Herpin'sches Pulver verschrieben (s. Binswanger).

Gowers führte den Borax in die Therapie der Epilepsie ein; er verordnet

Digitized by Google

als Anfangsdosis 0·95 und steigt bis zu 2 g dreimal täglich. Als Nebenerscheinungen erwähnen er und Féré Diarrhöe und Psoriasis. Féré behandelte 122 Patienten damit und sah nur 22mal teils momentane, teils zweifelhafte Besserung; in 11 Fällen trat die Besserung etwas mehr hervor. Daneben beobachtete er aber auch Oedeme und Purpura als Nebenerscheinungen; auf Grund dieser Tatsachen kann er den Borax nicht empfehlen und will ihn nur ausnahmsweise angewandt wissen, wenn eine Bromtherapie erfolglos war. Ebenfalls wenige Erfolge sahen Bondurant, Hoppe, Claus, Moravzsik und Wulff. In einzelnen Fällen von Hoppe verschlimmerten sich sogar die Anfälle; nach seinen Erfahrungen wirkt dann Borax günstig auf die Epilepsie ein, wenn sie durch ein Magenleiden ungünstig beeinflußt wird. Die schlechten Erfolge, die man mit dem Borax erzielt hat, finden ihre Erklärung durch die Tierversuche von Rossi, durch die festgestellt wurde, daß Borax auf die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde keinen Einfluß hat. Nach all diesem wäre also die Anwendung von Borax bei Epilepsie ohne Nutzen.

Das schon früher angewandte Nitroglyzerin wird neuerdings wieder von Pellegrini angepriesen; er gibt 2 bis 10 Tropfen von alkoholischer 1%iger Lösung pro die in Wasser oder subkutan. Nach seiner Behauptung wirkt es sogar besser als Brom, mindestens aber ebenso gut; üble Folgen hat er nicht beobachtet. Seine Erfahrungen sind von anderen noch nicht bestätigt.

Neuere Medikamente.

In neuerer Zeit spielt die Ansicht, daß irgendwelche Giftstoffe im Körper der Epileptiker zirkulieren, und die darauf begründete Therapie eine gewisse Rolle. Krainsky hat das Lithium carbonicum in solchen Fällen angewandt, wo er Schwankungen in der Harnsäureausscheidung nachweisen konnte; er begann mit 0·5 pro die und stieg allmählich bis zu 3·0 pro die. Er will völliges Aufhören der Anfälle gesehen haben und meint, daß der günstige Effekt durch Neutralisation eines sich stets von neuem bildenden Giftkörpers, des carbaminsauren Ammons bewirkt werde, das sich aus dem Harnstoff bilde und dessen krampferzeugende Wirkung schon von Nencki und Pavlow angegeben sei. Die Carbaminsäure konnte Krainsky immer im Blute der Epileptiker nachweisen.

Dieser Theorie, daß die Carbaminsäure die epileptischen Anfälle hervorrufe, stellte Donath neuerdings eine andere gegenüber: er fand im Blute von Epileptikern (Jackson'sche, genuine und syphilitische Epilepsie) und ebenso in der Zerebrospinalflüssigkeit das Cholin (in 22 Fällen 19mal). Er fand es bei allen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei welchem Untergang von Nervengewebe und daher vermehrtes Freiwerden von Lezithin und Abspaltung von Cholin angenommen werden muß. Er konnte durch Injektion von Cholin direkt in die Hirnrinde die schwersten toxischen klonischen Krämpfe hervorrufen und kommt daher zu der Ansicht, daß das Cholin eine hervorragende Rolle in der Auslösung des epileptischen Krampfanfalles spiele.

Aus diesen Versuchen zieht Weber den Schluß, daß überhaupt die Therapie der Epilepsie den Hauptwert auf diätetische Maßnahmen legen müsse, welche die Ausscheidungen von Giftstoffen erleichtern und den Stoffwechsel beeinflussen.

Auch Toxine will man im Körper der Epileptiker gefunden haben. Ceni (1901) schließt aus seinen Versuchen, daß im Blute dieser Kranken ein spezifisches Autocytotoxin zirkuliere, zugleich aber auch ein Antiautocytotoxin, das an die zelligen Elemente des Blutes gebunden sei. Er glaubt es daher, weil er mit einem Serum, das er aus dem Blute von Epileptikern gewann und denselben oder anderen wieder injizierte, günstige Erfolge erzielt haben will, und zwar unter 10 Epileptikern mit psychischen Störungen zweimal totale Heilung, sechsmal bedeutende Besserung und zweimal Verschlimmerung der Anfälle. Allerdings trat nach Aussetzen der Injektionen wieder eine Reazerbation des Krankheitszustandes ein. — Besserung in den meisten da-

Digitized by Google

mit behandelten Fällen sahen auch Wende und Mazzei; ersterer erzielte zweimal durch die Injektion toxische Wirkungen. Demgegenüber konstatieren Bratz, Sala und Rossi, daß sie ein Autotoxin nicht nachweisen konnten. Gerhartz, Sala und Rossi sahen wenig oder gar keinen Einfluß auf die Zahl und Schwere der Anfälle durch Injektion von Blutserum.

Cabitto fand den Schweiß der Epileptiker giftig und empfiehlt daher durch Heißluftbäder, Abführmittel, Darmantiseptika, Magenauswaschungen und Diuretika die Gifte möglichst aus dem Körper zu entfernen.

Die ganze Lehre von den Toxinen bei der Epilepsie und den darauf begründeten Heilmethoden ist noch sehr in der Entwicklung begriffen und hat sich bis jetzt noch keineswegs eine große Anerkennung zu erringen vermocht.

Schon im Jahre 1892 hatte Babes auch die Organotherapie bei der Epilepsie angewandt und in sechs Fällen Injektion von steriler Emulsion aus der Gehirn- und Rückenmarkssubstanz von Schafen und Kaninchen gemacht; angeblich trat überall große Besserung ein, meist blieben die Anfälle sogar ganz fort; allerdings erstreckte sich die Beobachtung nur etwa über 3—4 Wochen und Schlüsse auf irgend einen Wert dieser Behandlung können daher nicht gemacht werden. Später konnten Babes und Bacouvier bei Kaninchen das Auftreten von toxischer Epilepsie durch Injektion normaler Nervensubstanz verhindern. Wulff prüfte die Methode von Babes bei Epileptikern nach und sah aber absolut keinen Erfolg.

An dieses Verfahren erinnert die neuerdings gepriesene Anwendung des Cerebrins (auch Cerebrinum Poehl oder Opocerebrin genannt). Diese Substanz gehört zu den im Gehirn vorkommenden Cerebrosiden und wurde von Poehl dargestellt. Hauptsächlich Lion wandte es viel an, da auch er eine toxische Entstehung des Krankheitsprozesses und eine autotoxische Kraft der gesunden Nervenelemente annahm. Er gab es in Tabletten à 0·3 und stieg in 2—3 Wochen bis 1·8 pro dosi, einmal einen Tag diese Dosis, dann jeden dritten Tag (auch in Form von Ampullen 1—2 pro dosi, 2—7 wöchentlich). Ebenso wandte er es subkutan an, jeden zweiten und dritten Tag zwei Einspritzungen auf einmal. — Bei zwei Epileptikern sistierten die Anfälle vom ersten Tage ab gänzlich, bei fünf hörten sie fast ganz auf, bei sieben trat bedeutende Minderung an Zahl und Intensität und in einem Fall scheinbare Vermehrung der Anfälle ein. Besserung sahen auch Meyers und Eulenburg; letzterer teilt aber nicht die großen Hoffnungen Lions. Probst und Oppenheim sahen gar keine Erfolge, obwohl ersterer es mit Bromnatrium bei reizloser Kost gab. — Auch über die Anwendung dieses Heilmittels ist noch nicht endgiltig entschieden.

Präparate, die ebenfalls noch in das Gebiet der Organotherapie fallen, sind die Ovarialsubstanz, die von Toulouse und Marchand bei Menstruationsstörungen gegeben wurde, und zwar mit teilweise gutem Erfolge, und das Tauricin. Es ist dies ein Glyzerinextrakt vom Stierhoden und wird von italienischen Aerzten empfohlen, ist aber von Vogelsang ohne jede Wirkung angewandt. Daß diese beiden letzten Mittel von irgend welchem Wert bei der Epilepsie sind, scheint mehr als zweifelhaft.

Turnowsky sah Heilung der Epilepsie durch Auftreten von Pneumonie und Scharlach und empfiehlt sogar bei leichten Epidemien, die Epileptiker diesen Krankheiten auszusetzen, ähnlich wie Hessler die Behandlung mit Erysipelserum anpreist, da er Heilung der Epilepsie bei Kranken erlebt hat, bei denen das Erysipel auftrat. Wohl jeder Autor wird sich gegen eine solche Behandlung der Epilepsie sträuben.

Fast bei allen erwähnten Mitteln sind gute Erfolge vorgekommen und das gibt uns wiederum die Bestätigung, daß die verschiedensten Ursachen bei Heilung der Epilepsie mitspielen können und daß gerade bei dieser Krankheit die größte Vorsicht geboten zu sein scheint, eine Heilung

Digitized by Google

auf ein bestimmtes Medikament zurückzuführen.

Alle vorher erwähnten Heilmittel werden auch heute noch von den Bromsalzen in den Hintergrund gedrängt; sie wurden zuerst im Jahre 1853 von Laycock gegen Epilepsie empfohlen und haben sich seitdem die hervorragendste Stellung in der Behandlung dieser Krankheit bewahrt. — Es wurde später experimentell festgestellt, daß 10 g Bromkali, mehrere Tage hintereinander gegeben, Steigerung der Harnwassermenge und Verminderung der Phosphorausscheidung hervorriefen; es wurde dies auf Verminderung des Stoffumsatzes in der lezithinhaltigen Gehirn- und Nervensubstanz zurückgeführt, die von allen Geweben am meisten organisch gebundenen Phosphor enthalten. Weiter hat Rosenbach durch Tierversuche nachgewiesen, daß die elektrische Erregbarkeit der kortikomotorischen Zentren durch Bromkali herabgesetzt wird und bei großen Dosen vollkommen verschwindet. — Nach Untersuchungen von Tschyzes, Binz degenerieren bei Bromkalivergiftung die Nervenzellen der grauen Substanz des Rückenmarkes und der Kortex; durch kleinere Dosen wird ihre Arbeitsleistung herabgesetzt.

Laudenheimer hat neuerdings (1897) durch Stoffwechselversuche konstatiert, daß bei der Bromkalibehandlung enorme Quantitäten Bromkali im Körper aufgespeichert werden. Da die Bromausscheidung im Urin von Tag zu Tag steigt, bis schließlich die Einfuhr gleich der Ausfuhr ist, tritt nach einiger Zeit eine Sättigung des Körpers mit Brom ein, der Körper setzt sich in „Bromgleichgewicht". Das eingeführte Brom verdrängt das Chlor aus seinen Verbindungen und tritt an seine Stelle, was auch von Kunkel bestätigt ist. Die Höhe der Bromladung hängt von der Größe der Dosen ab, ist aber auch individuell verschieden. Bleibt das Brom auch nur einen Tag ganz fort, so kommt der Körper aus dem „Bromgleichgewicht" und es können sofort die heftigsten Krampfanfälle auftreten. — Bromkalium und Brommatrium sind in der Leber, den Nieren, im Gehirn nachzuweisen, am meisten jedoch in Blut und Lymphe (Nencki, Flechsig, Kunkel, Laudenheimer).

Die meisten Autoren halten wohl mit Féré das Bromkali für am wirksamsten, wo dies im Stiche läßt, kann man Natrium, Ammonium (0·5—5·0) oder Lithium bromatum anwenden, besonders dann, wenn sich die ungünstige Wirkung des Bromkalis auf die Herztätigkeit bemerkbar macht. Féré erwähnt noch folgende Brompräparate: Camphora bromata (Deneffe, Bourneville, Pathault), Arsenicum bromatum (Clément), Calcium bromatum 0·5—2·0 (Hammond), Zincum bromatum 0·5—2·0 (Charcot, Bourneville, Rochefontaine), Niccolum bromatum (da Costa, Bourneville), Aurum bromatum 0·008 (Bourneville, Goubert). — Alle diese sind aber nach Féré nicht so zuverlässig wie das Bromkalium. Binswanger fügt diesen Präparaten noch Bromstrontium, Bromalhydrat, Monobromessigsäure, Bromphenacetin etc. hinzu (das Bromäthyl scheint überhaupt ohne Wirkung auf den Verlauf der Epilepsie zu sein [Féré]).

Sehr viel ist heute in der Literatur von dem Bromstrontium die Rede, das hauptsächlich von Fleury, Roche, Laborde empfohlen wird. Letzterer will das Bromkali oder das Bromnatrium durch dieses Medikament ersetzt wissen, da der Organismus eine Toleranz gegen dieses Salz habe und seine Wirkung ebenso groß sei wie die des Bromkali. Er hat in fünf Fällen zwei bis drei Jahre lang beobachtete Heilung mit Bromstrontium erzielt; verordnet wird es von ihm in steigenden Dosen, indem er mit 4·0 g beginnt, um 1·0 täglich steigt und nicht über 8·0 geht. Roche gab es bei ausschließlich vegetabilischer Kost und Milch morgens und abends je 1·0 g mit 0·3—0·5 Bromammonium oder Bromnatrium in Wasser verdünnt. Er steigert die Dosis von Bromstrontium nur bis zu 3·75 pro dosi; seine Resultate sind sehr befriedigend. Auch Donath sah zuweilen Erfolge, wo die Bromalkalien versagten. Dagegen konstatierte Smiths auf Grund von zwölf Fällen, daß die üb-

Digitized by Google

lichen Brompräparate dem Strontiumbromid überlegen sind, da sie in kleineren Dosen rascher und nachhaltiger wirken und auch billiger sind.

Man ist jedoch von jeher am meisten bei den alten Präparaten Bromkalium und Bromnatrium geblieben. Gowers gibt Bromkalium, Bromnatrium, Bromlithium, Bromammonium teils jedes für sich allein, teils gemischt, und zwar in ansteigenden Dosen, indem er mit ungefähr 1·0 g beginnt und bis 8·0 geht; er empfiehlt aber bei den kleinsten Dosen, welche die Anfälle zum Aufhören bringen, stehen zu bleiben und diese weiter zu geben. Nach seinen Erfahrungen beträgt diese Dosis durchschnittlich 4·0 g; bei 6·0 g schon stellen sich meist Zeichen einer schweren Bromintoxikation ein und nützen 4·0 g nicht, so versagen auch größere Dosen. Nach Férés Erfahrung ist eine therapeutische Wirkung nur dann zu erwarten, wenn Brom seine „physiologischen Wirkungen" ausübe: „Mattigkeit, Schläfrigkeit, Impotenz, Aufhebung des Brechreizes". Sind diese Zeichen vorhanden, so ist die Sättigung erreicht und man braucht nicht höher mit den Dosen zu gehen. — Wie Voisin, Féré, Binswanger, Gowers übereinstimmend meinen, ist die Hauptbedingung eines guten Erfolges, daß das Brom lange Zeit ohne Unterbrechung gegeben wird. Gowers gibt es zwei Jahre lang in denselben Dosen weiter und dann noch ein Jahr in allmählich absteigenden Dosen. Wie schon oben erwähnt, soll die Medikation nie plötzlich unterbrochen werden, da dann sehr bald die heftigsten Anfälle auftreten können. — In diese einfache Behandlung schiebt Gowers etwa sechs Wochen dauernde Kuren ein, bei denen er dann zuerst jeden zweiten Morgen 8·0 g, jeden dritten Morgen 12·0 g, jeden vierten Morgen 16·0 g verschreibt. Auf dieselbe Weise wird mit der Dosis zurückgegangen. — Strümpell macht nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr mehrwöchentliche Pausen mit den Bromgaben und hält die Vorschrift, das Brom zwei bis drei Jahre ununterbrochen zu geben, in der Praxis meist nicht für durchführbar.

Die Dosierung, welche die meisten deutschen Autoren verabreichen, wie Oppenheim, Binswanger, Strümpell, Wulff weicht von der von Gowers etwas ab. Sie alle geben ungefähr dieselbe Dosis wie Binswanger: er beginnt mit 5—6 g pro die, bleibt bei dieser Dosis, wenn sie zur Sistierung der Anfälle ausreicht, geht aber anderfalls weiter bis zu 8—10—12 g. Bei Kindern im Alter von 5—12 Jahren werden 2 bis 5 g pro die verabreicht. Die Bromsalze werden so dreimal täglich in sehr verdünnter Lösung gegeben. Auch Féré wendet ungefähr dieselbe Dosierung an, empfiehlt jedoch, sie entweder ansteigend oder in konstanter Menge zu verabreichen; welche von diesen beiden Methoden den größeren Wert hat, kann Féré noch nicht entscheiden.

Binswanger empfiehlt auch die Kombination verschiedener Bromsalze, so die Sandow'schen brausenden Bromsalze (in 3 g: 1·2 Bromkalium, 1·2 Bromnatrium, 0·6 Bromammonium) und das Erlenmeyer'sche Bromwasser (Bromkalium, Bromnatrium aa 2·0, Bromammonium 1·0).

Die Erfolge der Brombehandlung bei der Epilepsie treten ganz bedeutend vor denen der übrigen Medikamente hervor. Allerdings ist die Heilung niemals ganz sicher; es kann immer wieder ein Rezidiv kommen und infolgedessen ist es sehr schwer, von Dauerheilung zu sprechen. Bei der operativen Behandlungsmethode verlangen die meisten Autoren, daß man nur die Fälle als geheilt betrachten soll, die mindestens drei Jahre ohne Anfälle geblieben sind; Kocher verlangt sogar fünf Jahre und Turner neun Jahre. Bei der Bromtherapie dauert allein schon die Behandlung mehrere Jahre; wie lange nach Aussetzen der Behandlung die Heilung andauert, ist in den Statistiken meist nicht angegeben und daher eine Berechnung der Dauerheilung so gut wie unmöglich. Jedenfalls wäre es sehr wünschenswert, wenn von allen Autoren ein und dieselbe Zahl von Jahren angenommen würde, innerhalb der die Kranken nach Aussetzen der Behandlung ohne Anfälle sein müssen, wenn man sie als „dauernd ge-

Digitized by Google

heilt" betrachten will. Wir würden die von Kocher verlangte Zahl von fünf Jahren vorschlagen, obwohl auch nach dieser Zeit ein Rezidiv nicht absolut sicher ausgeschlossen werden kann.

In der Statistik von Benett (1884) (S. Binswanger) wird über 300 mit Brom behandelte Epileptiker berichtet. In 12·1% hörten die Anfälle ganz auf, in 83·3% wurde die Krankheit gebessert (d. h. die Anfälle an Häufigkeit und Schwere vermindert), in 2·3% war die Behandlung erfolglos, in 2·3% vermehrten sich die Anfälle.

Nach Binswanger wurden in der Anstalt Bethel von 1867—1896 4778 Kranke behandelt, davon sind abgegangen 372 = 7·7% als geheilt, 1067 = 22·3% als gebessert, 1005 = 21·0% als ungeheilt, 893 = 18·6% sind gestorben.

Legrand du Saulle (siehe Féré) hat 207 Fälle aufzuweisen; davon waren im Zeitverlauf von $^1/_2$—4 Jahren ohne Anfälle 78 = 37·0%, gebessert 19 = 9·0%, nicht geheilt 110 = 50·0%.

Biros Statistik gibt über längere Heilungen Aufschluß. Es sind 33 Fälle mit jahrelang durchgeführter Brombehandlung, 10 = 30·3% sind ohne Anfälle seit drei Jahren, 2 = 6·1% ohne Anfälle seit fünf Jahren, 9 = 27·3% gebessert. Ungefähr in 30% war die Brombehandlung ohne Erfolg.

Die Statistiken sind also außerordentlich verschieden ausgefallen. Nach Biros Ansicht sind die großen Unterschiede in den Resultaten bei den verschiedenen Autoren auf die sehr verschiedene Dosierung zurückzuführen. Jedenfalls aber ist doch ersichtlich, daß ein nicht geringer Prozentsatz der Epileptiker durch die Brombehandlung gebessert oder sogar geheilt werden kann.

Trotz dieser Erfolge hat die Bromtherapie immer Gegner gehabt und noch heute stehen ihr eine Anzahl von Autoren mit großer Skepsis gegenüber. Neuerdings haben mehrere versucht, die Bromsalze bei Epileptikern ganz fortzulassen. So entzog Halmi seinen Kranken allmählich das Brom, so daß 23 zweimal acht Monate lang ohne Brom waren. Darauf nahmen bei 14 die Anfälle zu, bei 9 jedoch ab und in einem Fall hörten sie sogar ganz auf. Besserung in einigen Fällen sah auch Peterson bei Entziehung des Broms. Dieselbe blieb nach Völker bei seinen Kranken ohne bemerkenswerten Einfluß auf das Befinden der Patienten oder auf die Zahl der Anfälle. Berücksichtigt man noch, daß nach der Statistik von Benett in 2·3% Vermehrung der Anfälle bei Bromgebrauch eintrat, so kann man sagen, daß sicher eine Anzahl von Epileptikern durch das Brom ungünstig beeinflußt wird, was aber gegenüber den Erfolgen ganz verschwindet. Solche Fälle zählt Fürstner zur Hysterie, da bei Aenderung der äußeren Lebensverhältnisse die Anfälle oft aufhörten.

Hauptsächlich aber wegen der so oft auftretenden Erscheinungen der Bromvergiftung, des „Bromismus" sind viele Einwände gegen den Bromgebrauch gemacht worden. Nach Binswanger kann man zwei Phasen des Bromismus unterscheiden. In der ersten Phase treten bei Sättigung des Körpers mit Brom nur leichte Erscheinungen auf, ja sie müssen nach Féré, wie oben erwähnt, sogar auftreten, wenn man eine Wirkung auf das Zentralnervensystem erzielen will. Es stellen sich eine gewisse Verlangsamung und Erniedrigung des Pulses, allgemeine Muskelmüdigkeit (auch von Féré experimentell mit dem Ergographen nachgewiesen), Erschwerung der geistigen Funktion, Abnahme der sexuellen Erregbarkeit, der Hautreflexe und Hautsensibilität ein. Dies sind die Erscheinungen bei 2—4 g täglicher Dosis, bei höheren Dosen (8—10 g) nehmen sie zu, der Gaumen- und Rachenreflex verschwindet, eventuell auch der Kornealreflex (Ziehen), Salivation, Uebelkeit, flüssige Ausleerungen treten auf. Was sich jedoch schon zuweilen bei geringen Dosen je nach der Individualität am meisten zeigt, ist die Bromakne. Féré unterscheidet zwei Formen, die Akne disseminata und die Akne conglomerata. Bei der letzteren bilden sich aus einzelnen Indurationen in Form von Knötchen oder länglichen Plaques allmählich große flächenhafte Plaques, welche ulzerieren und vereitern. Die Entstehung der Akne ist unbekannt. Nach Darier

Digitized by Google

stellt sie anatomisch eine Folliculitis und Perifolliculitis suppurativa dar. — In der zweiten Phase, die bei schlecht genährten Individuen mit Digestions- und Zirkulationsstörungen und bei unvorsichtigem Gebrauch des Broms eintritt, sind alle oben erwähnten Symptome in erhöhtem Maße vorhanden. Dazu kommen Somnolenz, schwere Sprachstörungen, oft Ataxie, Tremor der Hände und der Zunge, äußerst starke Muskelmüdigkeit und Verminderung der Urinausscheidung bis zur Anurie. Appetit ist kaum vorhanden, die Herztätigkeit beschleunigt, die Schleimhaut des Mundes und Rachens geschwellt, die Atmung langsam und oberflächlich. Es bestehen starke Diarrhöen, Foetor ex ore, Temperatursteigerungen; zuweilen kommt es zu Bronchopneumonien, da die Expektoration mangelhaft ist und Schleim aspiriert wird. In seltenen Fällen sind sogar schwere Delirien aufgetreten (Binswanger, Féré). — Hoppe ist der Ansicht, daß Kranke mit herabgesetzter Arbeitsfähigkeit der Nieren am ehesten zu schwerer Bromintoxikation neigen, da die Bromsalze aus dem Blutserum dann nicht genügend ausgeschieden und im Gehirn und in den Nieren viel abgelagert werden.

Wegen all dieser Störungen und Gefahren ist also die Brombehandlung zuweilen auf heftigen Widerstand gestoßen. Fürstner und Binswanger erklären jedoch die Furcht vor dem Bromismus für übertrieben, da er sich sehr wohl vermeiden lasse und bei sorgfältiger Behandlung die Gefahr nicht so groß sei. — Gegen die Verschlechterung des Ernährungszustandes empfehlen Binswanger und Féré Roborantien (Eisen, Chinin, Arsen) verbunden mit Hydrotherapie und sorgfältiger Diät, da durch die Bromdarreichung im Anfang der Chemismus des Körpers gestört sei; gegen die Indigestion geben sie Mineralwässer und reichlich Milch. Diese reichliche Zufuhr von Flüssigkeit halten sie auch zur Unterstützung der Urinausscheidung, um dem Bromismus vorzubeugen, für zweckmäßig und verabreichen deshalb noch Diuretika. Bei Kranken mit gestörter Herztätigkeit und Irregularität des Pulses verwendet Binswanger nicht das Bromkalium, da dieses schon für sich Herzstörungen hervorufen kann. Bei sehr schweren Herzfehlern, besonders bei starker Arteriosklerose, Myokarditis und Endocarditis valvularis soll man sehr vorsichtig mit dem Brom sein, eventuell dasselbe überhaupt nicht anwenden. Féré und Binswanger geben nach dem Vorgange von Sée gegen die Salivation Tannin und Herba Hyoscyami. Gegen die Bromakne wenden Gowers, Féré, Binswanger, Strümpell Arsen an; Gowers macht sogar die kombinierte Bromarsenbehandlung zur Regel. Sorgfältige Hautpflege halten alle jedoch für die Hauptsache, wie Bäder, Waschungen des ganzen Körpers mit flüssiger Kaliseife; ausgedehnte Muskelarbeit ist ebenfalls von großem Nutzen. Allerdings besteht trotzdem die Akne als ein ernstes Hindernis gegen die Brombehandlung oft weiter und macht nach Ansicht der Forscher ein Aussetzen des Medikaments in manchen Fällen notwendig.

Treten die oben geschilderten Erscheinungen der schweren Bromvergiftung auf, so empfiehlt Binswanger, sofort mit der Bromdosis herunterzugehen, eventuell sie ganz auszusetzen. Aber auch das genügt in ganz schweren Fällen nicht mehr, sondern es werden gründliche Entleerungen des Darmtraktus durch Drastika und Eingießungen, Entfernung des Schleims aus der Trachea und den Bronchien durch Expektorantien und Exzitantien notwendig.

Gegen die Einwendung, daß das Brom dauernde geistige Störungen erzeugen könne, erwidert Binswanger: „Die Brombehandlung schafft wohl eine vorübergehende Abschwächung, die gehäuften Anfälle aber einen bleibenden Defekt der Intellegenz.“ In jedem Fall also, wo das Brom die Zahl der Anfälle herabsetze, sei diese Therapie anzuwenden. Strümpell dagegen hält sie in solchen Fällen für unnötig, wo sehr selten Krampfanfälle (3—4 im Jahre) auftreten.

Man hat sich wegen der unangenehmen Nebenerscheinungen der Bromsalze bemüht, andere Verbindungen des Broms herzustellen, in der Hoffnung, jene aus-

Digitized by Google

schalten zu können. In neuerer Zeit werden besonders das Bromipin und das Bromalin gerühmt. Das Bromipin, von Winternitz empfohlen, ist eine organische Verbindung von Brom mit Sesamöl. Der Bromgehalt beträgt 10% (Zimmermann). Die Akne, die starke Reizbarkeit, die Verschlechterung der Ernährung und die Salzwirkung im Darm sollen fortfallen oder doch wenigstens eine bedeutende Besserung erfahren (Lorenz, Gareis, Zimmermann, Cramer u. a.). Lorenz verschreibt das Bromipin als flüssiges Präparat und gibt als wirksame Dosis 20—30 g 10%igen Bromipins (auch Gelatinekapseln à 2 g von 33⅓%igem Bromipin); Kothe 15—40 g täglich. Es kann auch per rectum verabreicht werden. — Lorenz behandelte 34 Epileptiker mit Bromipin; es traten keine Schädigung des körperlichen Befindens, keine Appetitverminderung auf, die meisten Patienten nahmen an Körpergewicht zu; bei fünfen verschwand die bei der Bromsalzbehandlung aufgetretene Akne vollständig, bei 16 besserte sie sich erheblich. Nicht nur darin sollen die Vorzüge des Bromipins liegen, sondern der Hauptvorteil soll darin bestehen, daß das Brom in größerer Menge im Organismus abgelagert wird (Binswanger, Laudenheimer) und daher noch bessere Wirkung entfaltet, wie die Bromsalze, nach übereinstimmendem Urteil von Geßler, Dornblüth, Schulze, Wulff, Zimmermann. In den 34 Fällen von Lorenz war bei 13 = 38·2% Verminderung der epileptischen Insulte während der ganzen Dauer der Bromipinbehandlung, bei

3 = 8·8% vorübergehende Besserung,
1 = 2·9% Vermehrung der Anfälle,
17 = 50·0% keine Aenderung

zu verzeichnen.

Diese Fälle zeigen noch nicht wesentlich bessere Erfolge als die Behandlung mit Bromsalzen; Laudenheimer und Strümpell glauben, daß das Bromipin keine Vorzüge vor den Bromsalzen habe und Binswanger meint, daß eine allgemeine Einführung an dem hohen Preise scheitern werde.

Das Bromalin wurde von Laquer und Rohrmann empfohlen. Es ist eine Verbindung von Brom mit Formaldehydderivaten (Antisepticis); bei seiner Verabreichung soll die Schädigung der Gewebe durch Brom, welche nach Féré die Infektion erleichtert und Furunkulose zur Folge hat, vermieden werden. Laquer verwandte doppelt so große Dosen als von den Bromsalzen ohne Nebenerscheinungen; auch setzten so bei sieben Kranken die Anfälle in gleicher Weise aus, wie bei Bromkaliverabreichung. Binswanger verordnet täglich ein- bis viermal 2 g und mehr. — Trotzdem Kollarits es in denselben Dosen wie Laquer gab, sah er doch Bromismus auftreten. Da es außerdem 18—20mal teurer ist als Bromkali, glauben Donath, Binswanger, Strümpell, Laudenheimer und Kollarits nicht an eine allgemeine Einführung.

Neuere Brompräparate sind auch das Bromokoll und die Bromeigone. Das Bromokoll ist eine Verbindung von Brom mit Leim und Tannin und enthält 20% organisch gebundenes Brom. Wie Friedländer festgestellt hat, passiert Bromokoll den Magen ungelöst, wird erst im Darm resorbiert und bleibt lange im Körper ohne Störungen des Allgemeinbefindens; es ist daher wohl anzunehmen, daß es den Magen sehr wenig belästigt. Auch andere unangenehme Nebenwirkungen der Bromsalze, besonders die Schädigungen der Herztätigkeit, die Störungen der Drüsensekretion (Akne, Gastroenteritis, Bronchitis etc.) sollen bei diesem Präparat fehlen. Bromokoll wird im Urin ausgeschieden, befindet sich also im Blutkreislauf und setzt die Reizbarkeit der motorischen Hirnzentren herab (Friedländer, Marx). Nach Erfahrungen von Reich und Ehrcke, Marx schützt es nicht immer vor Akne, hat aber keinen ungünstigen Einfluß auf den Stoffansatz. Es wird in Dosen von 18—20 g pro die gegeben.

Bromeigone werden zwei Präparate genannt: das Brompepton und das Bromeigon. Es sind Bromeiweißverbindungen; sie enthalten 11% Brom. Silberstein empfiehlt sie in Dosen von 5 g pro die; die Wirkung sei mehr

Digitized by Google

protrahiert, daher werde Bromismus nicht beobachtet. Nach Ehrcke bleiben jedoch Akne und Bromismus nicht aus, wenn man sie, wie er, in denselben Dosen wie die Bromsalze verabreicht. Er sah auch keinen Einfluß auf die Zahl der Anfälle.

All die zuletzt erwähnten Brompräparate sind noch von sehr wenig Autoren erprobt und es ist daher noch kein endgiltiges Urteil abzugeben. Die wenigen Nachprüfungen jedoch scheinen nicht sehr für sie zu sprechen.

Um die Einwirkung des Broms auf den Organismus wirksamer zu machen, wurde die Brombehandlung in neuerer Zeit mit einer bestimmten Diät verbunden. Das Verfahren wurde zuerst von Toulouse und Richet im Jahre 1899 angegeben. Da, wie schon oben erwähnt, das Brom im Organismus an die Stelle des Chlors tritt, so gingen die Forscher darauf aus, dem Körper möglichst wenig Chlornatrium zuzuführen, um ihn dadurch empfindlicher für das entsprechende Salz, nämlich das Bromnatrium zu machen. Die Ausscheidung des Broms erfolgte dabei viel langsamer und es reichten zur Unterdrückung der Anfälle bedeutend kleinere Dosen Brom, im Anfang 4·0 g, später 2·0 g Bromnatrium aus. Die beiden Autoren behandelten so 20 Epileptiker, indem sie das Kochsalz möglichst vollständig aus der Nahrung eliminierten und folgende Diät gaben: täglich 1000 g Milch, 300 g Ochsenfleisch, 300 g Kartoffeln, 200 g Mehl, 2 Eier = 70 g, 50 g Zucker, 100 g Kaffee, 40 g Butter. In dieser Zusammenstellung, zu der gar kein Kochsalz gegeben wurde, war die tägliche Menge der Chloride auf etwa 2 g Kochsalz berechnet. Bei sämtlichen Kranken hörten die Krämpfe, bis auf einige Schwindelanfälle, die auch bald verschwanden, gänzlich auf; einige von ihnen waren zur Zeit der Publikation bereits länger als sechs Monate ohne Anfälle, welche bei gewöhnlicher Kost und höheren Bromgaben sofort wiederkehrten. Toulouse und Richet mahnen zur sorgfältigen Ueberwachung der Kur, da sehr leicht Intoxikationen eintreten können; auch hier ist die Behandlung nie plötzlich zu unterbrechen. — Daß größere Mengen Kochsalz die Bromausfuhr beschleunigen und daß bei geringer Kochsalzzufuhr mehr Brom im Körper zurückbehalten wird, haben nach Stoffwechseluntersuchungen und Tierversuchen auch Laudenheimer, Fessel und Hondo konstatiert. Günstige Erfolge bei dem Verfahren von Toulouse und Richet sahen auch Näcke, Garbini, Hallé und Babonneix, Fleury, Cappeletti und d'Orma, Schäfer, R. Meyer, Muskens, Balint, Schnitzler, Madsen, Zirkelbach, Rumpf und Oppenheim. Muskens neueste Publikation (1905) über dies Verfahren stützt sich auf die Beobachtungen an 180 Epileptikern. Auf Grund dieser schließt er, daß die kochsalzarme Ernährung die Brombehandlung sehr unterstützt, jedoch ist größte Vorsicht geboten. Auf die Akne hat diese Therapie keinen Einfluß, kontraindiziert ist sie bei Herzkranken. Bei Beginn der Kur nimmt das Körpergewicht zu, später ab, was eventuell durch die Appetitlosigkeit, welche bei dieser Behandlung infolge der einförmigen Diät sehr leicht auftritt, zu erklären wäre. Bei guter Beaufsichtigung der Kur beobachteten Hondo, Hallé und Babonneix keine unangenehmen Folgen.

Da Balint die Erfahrung machte, daß der Genuß von ungesalzenem Fleisch oft auf große Schwierigkeiten stößt, da ihm außerdem die Chlorverarmung noch zu langsam von statten ging, führte er eine geringe Modifikation der Behandlungsmethode ein. Da auch eine Milchdiät unzweckmäßig ist, weil die Kranken derselben leicht überdrüssig werden, Obstipation etc. auftreten, stellte er folgende Diät zusammen: Zunächst ersetzte er das Kochsalz des Brotes durch Bromnatrium, das Brot erhält dadurch den entsprechenden Geschmack und man kann das Brom so in bequemer Weise gleich mit der Nahrung geben; es ergab sich also folgende Diät: $^1/_2$—1 l Milch, 40—50 g Butter, 3 Eier (ungesalzen), 300—400 g Brot und Obst. Der Gesamtkochsalzgehalt ist hier auf 2 g berechnet, außerdem sind 3 g Bromsalz in der Nahrung. — Balint

Digitized by Google

behandelte auf diese Weise 28 Kranke 35—40 Tage. Bei neun frischen Fällen blieben die Anfälle ganz aus, bei 15 von 19 inveterierten Fällen ebenfalls, zusammen also in 80%. Bei den übrigen 20% war Besserung zu verzeichnen, sowohl was die Anfälle wie den körperlichen und geistigen Zustand betrifft. Bromismus wurde nicht beobachtet. Nach Beendigung der Kur kehrten die Anfälle bald zurück, bei länger durchgeführter Diät scheinen auch die Anfälle längere Zeit fortzubleiben. — Im Gegensatz der von einigen, wie Fleury, Helmstädt, Alt, aufgestellten Behauptung, daß die günstige Wirkung des Verfahrens nicht auf der Entziehung des Chlors, sondern auf der Reizlosigkeit der Diät beruhe, machte Balint die Erfahrung, daß dieselbe Diät ohne Brom keinen Einfluß auf die Anfälle hat und daß bei Verabreichung von Kochsalz die Anfälle wiederkamen. — Wird der Kranke der Diät nach längerer Zeit überdrüssig, so kann man zur Abwechslung dazwischen auch andere Speisen, z. B. Gemüse, Fleisch, Mehlspeisen geben, die jedoch nicht mit Kochsalz, sondern mit Bromnatrium gesalzen sein sollen. Droht der hier leichter auftretende Bromismus, so kann man ungesalzene Speisen geben, die jedoch schon an und für sich mehr Kochsalz enthalten. Diese Modifikation von Balint halten einige für besonders praktisch; hauptsächlich das mit Chlornatrium gebackene Brot, das „Bromopan", hat Anerkennung gefunden.

Wegen der erhöhten Neigung zum Bromismus bei der künstlichen Kochsalzverarmung des Körpers und der damit verknüpften Lebensgefahr hat die Behandlungsmethode von Toulouse und Richet eine große Reihe von Gegnern, wie Pandy, Halmi und Bagarus, Féré u. a. Pandy hat zwei Todesfälle infolge Bromintoxikation zu verzeichnen; außerdem sah er von 15 Kranken sechsmal eine Vermehrung der Anfälle, Halmi von 23 Kranken 14mal.

Auch wird von Schlöß darauf hingewiesen, daß bei der kochsalzarmen Diät zwar die Anfälle reduziert würden, daß aber das Körpergewicht sinke und sich bei den Kranken große Schwäche und Hinfälligkeit einstelle (auch Helmstädt); Halmi und Bagarus, Balint führen dies darauf zurück, daß die Kranken die geschmacklose ungesalzene Diät oft unbemerkt nicht zu sich nehmen. Balint stellte daher seine Diätform zusammen.

Andere Autoren wieder, wie Fessel, Fleury, Alt, Helmstädt, konnten nicht finden, daß Kochsalzzufuhr die Zahl der Anfälle vermehrte. Fleury konnte sogar durch vermehrte Kochsalzeinfuhr die Zahl der Anfälle vermindern und Helmstädt hat im Status epilepticus durch Kochsalzinfusion günstige Erfolge erzielt. — Helmstädt und Konrad beobachteten gar keinen oder nur geringen Einfluß der Kur auf das epileptische Leiden.

Eine Entscheidung über diese Methode zu treffen, ist infolge der großen Differenz der Meinungen noch nicht möglich. Die anfänglich gehegten Hoffnungen haben sich, wie Strümpell sagt, nicht erfüllt, nur hat sich wieder gezeigt, daß die veränderte Nahrung und die Bettruhe in vielen Fällen von Einfluß auf die Krankheit sind. Nach all diesen Versuchen ist jedoch viel Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, daß größere Kochsalzmengen vielleicht die Wirkung des Broms verhindern; hat man doch auch durch größere Kochsalzgaben den Bromismus schneller zum Schwinden bringen können (Laudenheimer).

Man hat von jeher Kombinationen des Broms mit anderen Mitteln ersonnen, um seine Wirkung zu unterstützen und zu erhöhen.

So empfahl Gowers (siehe Binswanger) die Zusammenstellung von Brom mit Belladonna, Digitalis, Ferrum. Er hatte mit allen diesen gute Erfolge. Auch Wulff, Fleury, Biro raten besonders zu der Kombination mit Belladonna.

Weiter sind neuerdings empfohlen worden: von Beach Brom mit Strychnin, um der beim Gebrauch großer Bromdosen auftretenden psychischen Depression entgegenzuarbeiten; von Gélineau: eine Kombination von 1 g Kalium bromatum mit 0·5 mg Stibium

Digitized by Google

arsenicosum, 0·3 mg Pikrotoxin (es ist mit zwei Dosen pro die zu beginnen und auf sechs zu steigen); von Szabo: Kombination der Brompräparate mit Tonika, wie besonders Vinum malagense und Liquor arsenicalis Fowleri; von Biro, Beach Brom 4·0 mit Antipyrin 0·8; von Seguin Brom mit Chloralhydrat. — Weiter gibt es noch verschiedene, mit Brom zusammengesetzte Mittel, so die Pillen von Récamier, die außer Brom noch Extract. opii aquos., Plumb. acet., Pulv. Herba hyoscyami enthalten; die Trousseau'sche Lösung, Brom mit Opium und Cuprum ammonio-sulfuricum.

Viel wird heute eine Kombination von Bechterew angewandt: Infusum Adonis vernalis 2·0–3·75 auf 180·0 Wasser mit 7·5—11·25 Bromsalz. Dieser Autor ging von der Theorie aus, daß den epileptischen Anfällen eine aktive Hyperämie der Schädelhöhle zugrunde liege, wofür auch Versuche von Todorsky sprechen. Deshalb vereinigte er die Bromide, welche die Erregbarkeit der Hirnrinde herabsetzen, mit Adonis vernalis, welches den Blutdruck erhöht und die Gefäßlumina verengt. Außerdem sei die Beschleunigung der Herzaktion ein konstantes Symptom beim epileptischen Anfall und auch wahrscheinlich nicht ganz bedeutungslos für seine Pathogenese. Daher wirke der regulierende Einfluß der Cardiaca aufs Herz gut; in anderen Fällen seien die Anfälle durch Toxine im Blut hervorgerufen und hier sei die harntreibende Wirkung der Herzmittel von Nutzen. — In einem Teil der Fälle setzte Bechterew noch 0·12 bis 0·18 Codeïn hinzu, wenn allgemeine Reizbarkeit und depressive Gemütsstimmung beseitigt werden sollten. Er erzielte in einigen Fällen, in denen die Bromide allein ohne Erfolg angewandt waren, dauernde Heilung (bei einigen bereits über drei Jahre), in anderen trat erheblichere Besserung ein als durch die Bromide allein erreicht worden war. Dieselbe Beobachtung machte auch Oppenheim zuweilen. — Wurde, was nur selten geschah, die Mischung nicht vom Magen vertragen, so verabreichte Bechterew Infusum Digitalis mit Bromiden und erzielte damit mehr Erfolg. — Auch Spinhayer, Rohrmann, Tekutjeff und Biro sahen hie und da Erfolge von der Bechterewschen Kombination. Ihre Anwendung scheint berechtigt, da dabei die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde herabgesetzt wird, wie Rossi durch Tierversuche feststellte.

(Möli gab Brom abwechselnd mit Atropin, und zwar zuerst Brom, dann 6—8 Wochen Atropin mit kleinen Dosen von $^1/_2$ mg 1—2mal täglich beginnend, dann wieder Brom. Er wandte dies in solchen Fällen an, wo entweder Brom allein nicht genügend wirkte oder nicht mehr von den Kranken genommen wurde oder schon früh Intoxikationserscheinungen auftraten. Bei 13 von 37 Epileptikern wurde nach der Atropinperiode die Zahl der Anfälle durch das Brom verringert, bei fünf hörten sie ganz auf, kamen jedoch nach einigen Monaten wieder; bei fünf wirkte das Brom nach der Atropinbehandlung eher schlechter. Binswanger glaubt, daß man von dieser Methode nicht allzuviel zu erwarten hat.)

Die heute gebräuchlichste Kombinationsmethode ist die Opium-Brombehandlung von Flechsig. Dieser gab zunächst ausschließlich Opium zirka sechs Wochen lang, und zwar Pulvis bezw. Extractum Opii 2—3mal 0·05 pro die im Anfang, später stieg er allmählich auf 1·0 pro die. Dann wurde das Opium plötzlich ausgesetzt und gleich Brom in hohen Dosen zirka 7·5 pro die gegeben, etwa 2 Monate lang; dann ging er allmählich bis 2·0 g hinunter. Von anderen ist vielfach betont worden, daß man das Brom längere Zeit als Flechsig geben muß, nach Meyer und Wickel in Dosen von 8—9 g bis zu einem Jahre. — Die plötzliche Entziehung des Opiums und das sofortige Einsetzen von hohen Bromdosen schien Flechsig das Wesentliche dieser Behandlung zu sein; das Opium scheint präparatorisch für die Brombehandlung zu wirken. Eine sichere Angabe jedoch, worauf die Wirkung beruht, konnte Flechsig nicht machen. Er bezeichnet seine Methode als

Digitized by Google

„Ultima ratio“ da, wo das Brom allein nicht genügend wirkt; er sowie Bratz, Rabbas, Ziehen halten sie bei Neigung zu Status epilepticus, Meyer und Wickel bei Herderkrankungen des Gehirns, Linke und Warda bei körperlich heruntergekommenen Individuen für kontraindiziert.

Als Nebenerscheinungen beobachtete Binswanger im Anfange der Opiumbehandlung Obstipation, die später gewöhnlich aufhörte; bei höheren Dosen traten Pulsverlangsamung (eventuell Arrhythmie), Erniedrigung der Körpertemperatur bis auf 36—36·2°, dyspeptische Beschwerden, Appetitlosigkeit, Foetor ex ore, Gewichtsverlust auf. Als Abstinenzerscheinungen nach Aussetzen des Opiums und Einsetzen des Broms zeigten sich: Sinken der Pulsfrequenz, eventuell Erhöhung der Körpertemperatur, profuse Diarrhöen, Appetitlosigkeit, Singultus, Muskelunruhe, ziehende Schmerzen im ganzen Körper, Niesen und Gähnen. Alle diese Erscheinungen verschwinden gewöhnlich nach 8 Tagen. Die Gefahr des Bromismus ist erhöht. Ueber dieselben Erscheinungen berichten Leubuscher, Biro, Meyer und Wickel, B. Müller, Warda, Schröder u. a. — Um diese Gefahren und unangenehmen Nebenerscheinungen zu vermeiden, empfehlen viele, die Kur mit dauernder Bettruhe und Diät zu verknüpfen. Gegen die lästige Obstipation sind Darmausspülungen anzuwenden, gegen die Diarrhöen Tannigen (Leubuscher) und gegen die dauernde Herzschwäche Digitalis (Binswanger). Die Notwendigkeit einer sorgfältigen Diät wird besonders von Ziehen betont; er wendet gleichzeitig Kaltwasserbehandlung an und sah infolgedessen überhaupt keine unangenehmen Erscheinungen auftreten. — Die lange Zeit anhaltende Darreichung von großen Opium- und Bromdosen schädigt die Magenverdauung in keiner Weise, wie die Versuche von Leubuscher zeigen; dieser fand, daß die Opiumbehandlung ohne Einfluß auf die Salzsäuresekretion des Magens ist, bei langer Bromdarreichung vermehrte sich zuweilen die Schleimsekretion und verringerte sich die Salzsäuresekretion, was aber keine schädigende Bedeutung hatte.

Allgemein wird hervorgehoben, daß die Flechsig'sche Kur nur in einer Anstalt durchgeführt werden soll, da sie eine genaue Beaufsichtigung der Kranken erfordert und die Gefahren nicht unterschätzt werden dürfen. Sind doch nach Binswanger von den 235 in der Literatur bekannten Fällen 9 = 3·8% infolge von Status epilepticus während der Opium- oder Brombehandlung oder infolge von schwerem Bromismus gestorben. Auch B. Müller, Linke, Warda, Bratz, Donath, Oppenheim u. A. betonen die Gefahren der Kur.

Trotzdem wird die Opiumbrombehandlung von einer großen Anzahl von Autoren warm empfohlen, da man gute Erfolge erzielt hat, wie die Statistiken zeigen (Salzburg, Stein, Wulff, Collins, Fraenkel, Hebold, Bennecke, Linke, Schröder, Binswanger, Laudenheimer, Biro u. a.).

Wulff hat 19 Fälle nach Flechsig behandelt, die „genügend lange beobachtet“ sind (die Zeit ist nicht angegeben). Davon waren anfallsfrei 5 = 26·3%, wesentlich gebessert 8 = 42·2%, erfolglos behandelt 4 = 21·0%, 2 = 10·5% haben die Kur nicht vertragen.

Warda berichtet über 44 Fälle; davon sind „wesentlich gebessert“, d. h. über ein halbes Jahr anfallsfrei 11 = 27·5%, leicht gebessert, d. h. bis ein halbes Jahr anfallsfrei 11 = 27·5%, verschlimmert 17 = 42·5%, gestorben 1 = 2·5%, zu kurz beobachtet 4.

Rabbas hat 16 Fälle behandelt, die zwei Jahre beobachtet sind; davon waren anfallsfrei 7 = 43·7% (3 = 2 Jahre, 5 = 6—10 Monate), gebessert 9 = 56·2 Prozent. Bei denen, die anfallsfrei waren, kamen die Anfälle zum Teil wieder, aber nur in geringem Maße. — Von Dauerheilungen verlautet in diesen Statistiken nichts. Bei der Brombehandlung blieben von den 562 Fällen von Gowers (siehe Rabbas) 241 = 48% während der Behandlung anfallsfrei; bei den Fällen von

Digitized by Google

Stark (s. Rabbas) 23·3%, in denen von Otto 75%. Also besser als die einfache Brombehandlung ist, soweit man aus diesen Statistiken sehen kann, die Kur von Flechsig sicher nicht.

Nicht bei allen Kranken scheint die Opiumbrombehandlung gut zu wirken, da verschiedene Autoren wegen oder vielleicht trotz dieser Methode Vermehrung der Anfälle sahen (Lorenz, Warda u. a.), Warda sogar in 42·5%. Deswegen und wegen der sicher erhöhten Lebensgefahr wird von einigen vor dieser Methode gewarnt. Auch halten einige das Opium bei der Flechsig'schen Methode für indifferent und schreiben die erhöhte Wirkung des Broms nur dem Umstande zu, daß es nach längerer Unterbrechung in so hohen Dosen genommen wird (Sommer, Donath, Kothe).

Nach Warda, Binswanger, Schröder reagieren jüngere Leute besser auf die Opiumbromkur als ältere; Flechsig, Collins, Bratz empfehlen die Kur in veralteten Fällen, wo das Brom allein nutzlos war oder wegen Nebenwirkungen nicht angewandt werden konnte.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Opiumbrombehandlung doch eine nützliche Bereicherung der Therapie bei der Epilepsie ist, da man sie ebenso wie das Verfahren von Toulouse und Richet bei Epileptikern verwenden kann, bei denen das Brom allein erfolglos war, und da sie dort, wo den Kranken der jahrelange Gebrauch des Broms unerträglich geworden ist, eine gute Abwechslung der Behandlung sein wird. Bei sehr sorgfältiger Beobachtung und Beaufsichtigung scheint man auch die Gefahren der Kur und allzu unangenehme Nebenerscheinungen vermeiden zu können, wie das mehrere Forscher mit Erfolg bewiesen haben.

Nützen auch diese beiden letzten Methoden nichts mehr, so muß man nacheinander zu den übrigen erwähnten Mitteln greifen, zunächst wohl zur Bechterew'schen Kombination. Bleibt überhaupt durch die Bromverbindungen jede Wirkung aus, so ist wenig Aussicht mehr auf eine erfolgreiche Behandlung der Epilepsie vorhanden, jedoch muß man in Anbetracht, daß je häufiger sich die Anfälle wiederholen, desto mehr die psychische Demenz etc. droht, mit den anderen nicht so sehr erprobten, aber sehr angepriesenen Mitteln Versuche machen, wie z. B. mit dem Opozerebrin. Für solche verzweifelten Fälle ist die große Menge von Medikamenten, die gegen Epilepsie empfohlen werden, doch unentbehrlich, da man immer noch die Hoffnung haben kann, auf ein Mittel zu stoßen, welches der Individualität des Kranken entspricht, mit dem man infolgedessen vielleicht vorübergehende Besserung, jedoch keine großen Erfolge erzielen kann.

Für den Fall, daß die Bromsalze überhaupt nicht vertragen werden, kann man zu den neueren Bromverbindungen besonders zu dem Bromipin, das noch am meisten empfohlen wird, greifen. Es ist jedoch nie sicher, daß mit diesen die Erscheinungen des Bromismus auf die Dauer vermieden werden; dann wäre zu empfehlen, das Brom zeitweise vorsichtig zu versuchen und dazwischen andere Medikamente einzuschalten.

Es darf nie vergessen werden, daß ein Medikament allein für sich nie so gut wirkt, sondern daß seine Verabreichung immer mit einer hygienisch-diätetischen Behandlung verknüpft sein muß.

Chirurgische Therapie.

Schon sehr früh hatte sich die Chirurgie der Epilepsie bemächtigt, und zwar wurde bereits im Altertum die Eröffnung des Schädels, die Trepanation, ausgeführt, wie aus den Schriften des Hippokrates hervorgeht. Im Mittelalter wandte man sich ganz wieder von ihr ab und auch in neuerer Zeit ist diese Operation bei der genuinen Epilepsie nur hie und da empfohlen worden, meistens wird sogar eindringlichst davor gewarnt.

Zu der Trepanation glaubte man sich zuweilen dann berechtigt, wenn irgend eine sensible oder motorische Aura in einem bestimmten Körperteil vorausging, aus der man auf Affektion eines Zentrums schließen konnte; in der Tat hat man in einigen solchen Fällen pathologische Veränderungen an derartigen Stellen, wie

Digitized by Google

verdickten Knochen, Zysten, Tumoren etc. gefunden und entfernt (Matthiolius).

Von deratigen Fällen hat Matthiolius 23 in der Literatur gefunden, nur eine geringe Anzahl von diesen, bei denen nichts entdeckt wurde, sind als echte genuine Epilepsie zu betrachten.

Von den 23 ist bei 14 = 60·9% fraglicher negativer oder zu kurz beobachteter Erfolg, bei 4 = 17·4% Besserung, bei 2 = 8·7% (zirka ein Jahr beobachtet) Heilung zu verzeichnen, 3 = 13·0% starben.

Viermal wurde dauernder Defekt im Schädel gelassen; von den Geheilten war einer so behandelt, während bei dem anderen das Gehirn punktiert und Flüssigkeit entleert wurde.

Rellay sah bei fünf wegen idiopathischer Epilepsie Operierten Zunahme der Anfälle an Intensität und Frequenz, Auftreten von psychischen Störungen bezw. Abnahme der Intelligenz. Die Resultate sind also sehr schlecht.

Wie oben schon erwähnt wurde, ist in einigen Fällen bei der Trepanation ein dauernder Defekt im Knochen gelassen worden. Diese Art von Trepanation wird hauptsächlich von Kocher empfohlen, der sich auf eine Theorie stützt, mit der er einiges Licht in die Ursache und das Wesen der Epilepsie bringen zu können glaubt und deshalb auch jetzt noch die genuine Epilepsie für operative Behandlung zugänglich hält. Aus verschiedenen Beobachtungen an Kranken und auch experimentellen Untersuchungen seiner Schüler, die später nähere Erwähnung finden werden, schließt er, daß in vielen Fällen eine gesteigerte intrakranielle Spannung in ätiologischer Beziehung zur Epilepsie stünde und eine wesentliche Rolle beim Ausbruch der epileptischen Anfälle spiele. Zur Herabsetzung dieser Spannung wird ein Defekt im Schädel gelassen, der gewissermaßen als Ventil wirken soll.

Kocher hat von drei so operierten Fällen eine drei Jahre lang beobachtete Heilung erzielt.

Die meisten Autoren, wie Kümmell, Starr, Höfer, Peterson, Bourneville, Oppenheim, v. Bergmann, Fraenkel, Chipault, Sahli u. a., sind absolut gegen die Trepanation bei der echten genuinen Epilepsie auf Grund der schlechten Resultate, die bisher damit erzielt worden sind.

Nur wenn wirklich eine Aura vorhanden ist, aus der man eventuell Schlüsse auf die Affektion eines Zentrums ziehen könne, halten Mason, Binswanger, Bramwell noch einen chirurgischen Eingriff für denkbar, da man vielleicht auf eine greifbare Ursache der Epilepsie stößt. Als echte genuine Epilepsie sind also diese Fälle nicht zu betrachten. Bramwell empfiehlt jedoch die Trepanation versuchsweise auch bei ganz unbestimmter Aura und allgemeinen Krämpfen, wenn psychische Degeneration droht und die medikamentöse Behandlung ohne Erfolg war.

v. Bergmann erinnert auch daran, daß die wenigen Heilungen vielleicht nicht auf die betreffende Operationsmethode selbst zurückzuführen sind, da Besserungen, ja Heilungen der Epilepsie nach schweren Verletzungen oder Hautreizen (Verbrennungen) vorgekommen sind.

Da die Trepanation bei der genuinen Epilepsie so gut wie gar keine Heilung gebracht hat, sind noch andere Operationsmethoden ersonnen worden. Schon in früherer Zeit, etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts, war die Unterbindung und Kompression der Karotiden bei Epileptikern empfohlen, aber später wieder verworfen worden, besonders von Hasse (s. Binswanger), der die zufällige günstige Wirkung der Lähmung des Halssympathikus zuschrieb.

Im Jahre 1881 wurde Alexander von Hughlins Jackson aufgefordert, bei Epileptikern die Arteriae vertebrales am Hals zu unterbinden, um dadurch den Druck in der Schädelkapsel herabzusetzen, der Ursache des epileptischen Anfalls sein sollte. Die Operation wurde weiter von Baracz, Sidney Jones, Bernays, Kümmell und Aly ausgeführt. Winter stellte alle Fälle aus der Literatur zusammen = 49. Davon waren 8 = 16·3% geheilt (mindestens drei Jahre ohne An-

Digitized by Google

fall), 11 = 22·4% gebessert, 22 = 44·9% nicht geheilt.

Von den übrigen 8 = 16·3% ist nichts erwähnt. Nach Bergmann beruht die Operation auf einem ganz falschen Schluß; denn die Herabsetzung des Blutdruckes in der Schädelkapsel erschwere die Resorption des Liquor cerebro spinalis, vermehre also den Hirndruck und setze ihn nicht herab. Bogdanik glaubt, daß die venöse Stauung in der Medulla oblongata, die man bekämpfen wolle, wieder erscheint. Es ist auch vorgekommen, daß nach vollendeter Arterienligatur ein epileptischer Anfall aufgetreten ist, aus dem der Patient nur mit Mühe durch künstliche Respiration wieder zum Bewußtsein gebracht werden konnte (Aly).

Alexander und Jaksch kamen auf den Gedanken, daß die wenigen Erfolge, die man mit der Unterbindung der Arteriae vertebrales erreicht hatte, auf Mitunterbindung oder Durchschneidung des Sympathikus beruhen.

Es sollte dadurch ein krankhafter Reiz der aus den Brust- und Bauchorganen durch die Sympathikusfasern zu den Krampfzentren laufe, unterbrochen werden (Jaksch). Alexander, Jaksch, Kümmell, Jaboulay, Bogdanik durchschnitten daher den Halssympathikus bei Epileptikern, unterbanden ihn oder resezierten einen Teil seiner Ganglien, ohne jedoch rechte Erfolge zu sehen; nur in wenigen Fällen hörten die Krämpfe längere Zeit auf (Alexander, Jaksch).

Erst im Jahre 1896 fand die Operation in Jonnesco einen enthusiastischen Verteidiger; jedoch verlangte er die totale beiderseitige Resektion des Halssympathikus und seiner drei Ganglien. Die Theorie, auf der seine Operation basiert, ist folgende: Erstens ist durch physiologische Experimente an Tieren von Kußmaul und Tenner, von Astley Cooper (s. Pilez) festgestellt, daß eine plötzliche Gehirnanämie (z. B. durch Unterbindung der Karotiden und der Vertebralis) epileptische Anfälle zur Folge hat; zweitens haben Beobachtungen an Menschen, die bei der Hemikraniotomie gemacht worden sind (Doyen), ergeben, daß mit dem Anfall zusammen eine Störung der Gehirnzirkulation vorhanden ist; drittens ist auch eine Läsion des Sympathikus bei Epileptikern häufig konstatiert worden (s. Jonnesco). — Jonnesco sagt selbst: „Bei der Epilepsie wollen wir eine eingehende Aenderung der Hirnzirkulation herbeiführen, indem wir die zerebrale Anämie in eine permanente Kongestion umwandeln, eine Kongestion, welche die schlechte Ernährung der Nervenzellen verändert oder dieselben von den toxischen Produkten befreit. In den anderen Fällen, bei der Reflexepilepsie, wollen wir den Weg der Transmission der von den Viszeren zum Gehirn laufenden Reizungen ändern.“ Durch die Tierexperimente von Bernard ist nachgewiesen, daß Resektion des Sympathikus Erweiterung der Arterien, stärkere Blutfülle und höhere Temperatur des dazugehörigen Körperabschnittes herbeiführt. Jonnesco erklärte die einfache Durchschneidung des Halssympathikus, wie Jaboulay u. a. es machten, für ungenügend, da keine sekundäre Entartung der Nervenfasern eintrete, wie Marinesco an Hunden nachgewiesen hat. Ebenso sei die Exstirpation einzelner Ganglien ungenügend, da jedes Ganglion ein kleines nervöses Zentrum für sich darstelle, das obere Ganglion das Karotisgebiet, das untere das Vertebralesgebiet innerviere. „Alle partiellen Resektionen können nur einen Teil der gefäßverengenden Nerven des Gehirns beeinflussen.“

Als postoperative Phänomene beschreibt Jonnesco: Kongestion und Wärme des Gesichtes, Tränen der Augen, starke Nasensekretion, vermehrte Schweiß- und Speichelsekretion und leichte konjunktivale Kongestion. Diese Erscheinungen sind nur vorübergehend. Dauernd bestehen bleiben dagegen: Verengerung und Parese der Pupille, Herabsinken des oberen Augenlides und Zurücksinken des Augapfels in die Orbitalhöhle. Trophische und psychische Störungen sollen infolge der Operation nicht eintreten (auch Ricard,

Digitized by Google

Donath, Mariani, Winter, Postempski und Sciamanna). Einmal wurde kleienartige Abschilferung des Gesichts (Ricard), einmal mehrtägige Heiserkeit beobachtet. Winter gibt an, daß sämtliche Erscheinungen in 7—5 Tagen verschwinden, daß nur die Ptosis längere Zeit anhält, um auch schließlich zu heilen.

Nach Winter fanden sich bis zum Jahre 1902 213 Fälle in der Literatur, bei denen größtenteils die Sympathikusresektion gemacht war, bei denen zum Teil einzelne Ganglien entfernt oder der Sympathikus durchschnitten war. Von diesen fallen 91 fort, weil sie gleich nach der Operation veröffentlicht sind. Von den übrigen 122 sind 8 = 6·6% geheilt (über drei Jahre ohne Anfälle), 17 = 13·9% vorläufig geheilt (1—2 Jahre ohne Anfälle), 23 = 18·9% gebessert, 7 = 5·7% gestorben, 67 = 54·9% nicht geheilt.

Winter hält diese 6·6% geheilten Fälle für ein gutes Resultat, da solche Erfolge mit der Brombehandlung nicht erzielt würden; zum Vergleich führt er die Resultate an, die in zwei Anstalten für Epileptiker mit der Brombehandlung erreicht worden sind. In der Anstalt Bielefeld sind 8000 Fälle behandelt, davon sind 1·72% geheilt, 3·35% gebessert. Von den in der Anstalt Bethel Behandelten sind 7·7% geheilt, 22·0% gebessert (alle nur ein Jahr beobachtet).

Zu anderen Resultaten kommt Pilcz, da er eine längere Beobachtungszeit verlangt. Er hat 192 Fälle zusammengestellt; davon sind 23 = 11·97% geheilt, 20 = 10·4% gebessert, 53 = 27·6% nicht geheilt, 96 = 50·0% nicht weiter beobachtet.

Legt man, wie Pilcz es tut, hier die von Kocher verlangte Zahl von fünf Jahren zugrunde, so sind 0% geheilt, 22·37% gebessert. Nimmt man alle die Fälle, die genügend lange beobachtet sind = 80, so ergibt sich: 31% zweifelhafte Besserung, 60% Mißerfolge, 0% Heilung. Also auch hier wieder ganz verschiedene Resultate! Beachtenswert ist immerhin die Angabe von Winter, daß mit der Sympathikusresektion bessere Erfolge als mit der Brombehandlung erzielt worden sind. Aber man darf nicht vergessen, daß die Statistiken über die Brombehandlung auch sehr verschieden sind! So nehmen Turner, Habermaas an, daß etwa 10% aller Fälle heilbar sind (überhaupt durch innere Medikation), und Biro hat in seinen Fällen sogar 30% dauernde Heilung durch die Brombehandlung erzielt.

Die Sympathikusresektion hat die begeistertsten Anhänger besonders in Frankreich gefunden, aber auch die allerschroffste Ablehnung von Seiten der Mehrzahl, besonders von Seiten der deutschen Chirurgen. Eifrig verteidigt wird sie von Chipault und Vidal. Chipault glaubt, daß die Operation eine „permanente Auswaschung des mit toxischen Produkten überhäuften Gehirns" bewirke. Gefahren seien nicht vorhanden. Er verteidigt die Operation, trotzdem er sehr schlechte Resultate aufzuweisen hat: in 30 Fällen trat Verschlimmerung der Anfälle nach der Operation ein! Außerdem behauptet Déjérine, daß die Erfolge Chipaults auf großen Bromdosen beruhen, die er nach der Operation gibt. Ein Teil seiner Fälle sei auch nicht der Epilepsie, sondern der Hysteroepilepsie zuzurechnen.

Bessere Resultate will Vidal haben; er operiert nur Kranke, bei denen durch Amylnitrit der Anfall im Entstehen kupiert werden kann. Durch Amylnitrit entsteht Gefäßdilatation und vermehrter Blutzufluß zum Kopf, also dasselbe, was man mit der Sympathikusresektion zu erreichen hofft. Auf Grund von Tierversuchen empfiehlt er die Operation bei Epilepsien toxischen Ursprungs, läßt sie bei solchen reflektorischen Ursprungs in Frage gestellt und sieht sie kontraindiziert bei Epilepsien, die durch Gehirnkompression entstanden sind. Die Kranken sollen vor der Operation nicht zu lange mit Brom behandelt sein, und nach der Operation muß lange Zeit eine hygienisch-moralische Nachbehandlung (Fernhaltung aller körperlicher und geistiger Schädlichkeiten) erfolgen. Schapiro will erst operieren, wenn die Kranken längere Zeit erfolglos mit Medikamenten behandelt worden sind.

Digitized by Google

Ricard, Mariani, Donath, Braun, Postempski und Skiamanna sahen bei ihren Operationen absolut keine Erfolge, höchstens ein paar Monate lang Nachlassen der Anfälle, bis dann der frühere Zustand wiederkehrte. Andere verwerfen die Operation im Hinblick auf diese schlechten Resultate und bestreiten die Richtigkeit der Theorie, auf der sie basiert. Laborde hat bei epileptischen Meerschweinchen die drei Ganglien des Halssympathikus ohne jeden Erfolg entfernt.

Gegen die Gehirnanämie während eines epileptischen Anfalls sprechen die Versuche von Magnan, Todorsky (s. Pilcz). Gärtner und Wagner wiesen nach, daß beim Tier während des epileptischen Anfalls gerade bedeutende Gehirnhyperämie auftritt; auch Franck hält die Theorie von der Gehirnanämie für zweifelhaft. — Braun glaubt, daß die Erweiterung der Hirngefäße nach der Operation ebenso vorübergehend ist, wie die der Gefäße am Gesicht und Kopf; daher die vielen kurzen Besserungen und ungünstigen Resultate. Diese erklärte Schulze-Berge derart: Der anfänglichen Dilatation der Gefäße folge eine Stase mit Durchtritt von Serum und Blutkörperchen. Die Fluxion zum Gehirn dauere also nur wenige Tage. Die paar Erfolge beruhen auf Atrophie der Hirngefäße und den dadurch herabgesetzten Blutdruck. v. Bergmann, Oppenheim, Jaboulay, Lannois glauben nicht an eine Radikalbehandlung der Epilepsie durch die Sympathikusresektion; sie habe im allgemeinen nur symptomatische Bedeutung.

Auch die Gefahren der Operation sind zu berücksichtigen. Die Folgeerscheinungen hält Déjérine nicht für so harmlos, wie sie meist geschildert werden, sondern es treten halbseitige Gesichtsatrophie, Herzstörungen und schließlich sogar Geistesschwäche, besonders bei jugendlichen Individuen, auf. Schulze-Berge glaubt, daß der Atrophie der Gefäße, von der er überzeugt ist, auch wahrscheinlich eine Atrophie der Gehirnsubstanz folge (für extra-kranielle Vasomotoren und die betreffenden Körperabschnitte von Landois nachgewiesen).

Braun und Déjérine heben die hohe Sterblichkeitsziffer besonders bei den Fällen Jonnescos hervor; sie steht vielleicht direkt mit der Operation in Zusammenhang. Auch die 30 Fälle Chipaults, bei denen nach der Operation Verschlimmerung der Epilepsie eintrat, sprechen nicht für die Harmlosigkeit der Operation.

Faßt man alles zusammen, so ist zu sagen, daß die Sympathikusresektion auf einer sehr unsicheren Basis beruht, denn daß die Gehirnanämie wirklich immer Ursache des epileptischen Anfalles ist, ist nicht bewiesen. Wenn bei Tieren durch Gehirnanämie Krämpfe ausgelöst werden konnten, so ist das noch kein Beweis, daß die Krämpfe der genuinen Epilepsie beim Menschen immer durch Gehirnanämie entstehen. Die Kranken einer auf so unsicherer Basis beruhenden Operation, die nicht ohne Gefahr ist, unterwerfen zu sollen, wird wohl auch weiterhin auf allgemeinen Widerspruch stoßen. Es wäre höchstens vielleicht auf dem Wege, den Vidal eingeschlagen hat, welcher nur nach der positiv ausgefallenen Probe mit Amylnitrit operiert, mit Erfolg weiter zu arbeiten.

Als Kuriosum sei eine ganz neuerdings von Delagèniere vorgeschlagene Methode zur Heilung der genuinen Epilepsie erwähnt, die Ligatur des Sinus longitudinalis superior. Der Autor betrachtet die Epilepsie als ein Symptom von mehreren pathologischen Zuständen; diese Zustände sollen stets permanente Dilatation der Venen an der Gehirnoberfläche und infolgedessen die Zirkulationsstörungen hervorrufen, welche den epileptischen Anfall bestimmen. Um die peripheren Venen, die den Sinus longitudinalis superior ernähren, zum Schrumpfen zu bringen, wird dieser unterbunden. — Irgend eine experimentelle Bestätigung dieser Ansichten ist noch nicht erbracht. Natürlich gab es auch hier Erfolge: in zwei Fällen, die aber viel zu kurz beobachtet sind, hörten die Anfälle auf.

Digitized by Google

Ich glaube, aus meinen Zusammenstellungen folgende Schlüsse ziehen zu können:

Bei der genuinen Epilepsie ist die Brombehandlung, und zwar möglichst früh, indiziert. Es soll die geringste Dosis von Bromsalzen angewandt werden, die zur Unterdrückung der Anfälle ausreicht. Die Behandlung hat mehrere Jahre nach Unterdrückung der Anfälle anzudauern und darf nie plötzlich abgebrochen, sondern soll zuletzt in allmählich absteigenden Dosen zu Ende geführt werden. — Bleibt die Brombehandlung erfolglos, so kann man Versuche mit dem Verfahren von Toulouse und Richet, mit der Opium-Brombehandlung, mit der Bechterew'schen Kombination und schließlich mit den übrigen Medikamenten machen, die auch dann, wenn das Brom und seine neuen Verbindungen (Bromipin etc.) nicht mehr vertragen werden, angewandt werden müssen.

Von einer Trepanation ist nach den bisherigen Resultaten abzuraten, ebenso von der Sympathikusresektion, es sei denn, daß in ganz verzweifelten Fällen, wo psychische Degeneration unabwendbar ist, diese als letzter Versuch ausgeführt werden könnte.

Im allgemeinen soll der Epileptiker sein ganzes Leben mit Rücksicht auf seine Krankheit einrichten. Für zweckentsprechende Ernährung und ruhiges Leben ist zu sorgen, die Berufswahl unter diesen Gesichtspunkten zu treffen. Jede spezifische Therapie hat wenig Aussicht auf Erfolg, wenn diese Forderungen nicht nebenbei erfüllt werden. (Schluß folgt.)

REFERATE.

Innere Medizin.

Gefäße und Herz.

1. **Anstrengung als Ursache von Herz- und Aortastörungen.** Von H. B. Anderson, Toronto. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Klinische Beobachtungen über Digalenwirkung.** Von Karl Reitter. Ref. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die therapeutische Wirksamkeit des Chlorbariums.** Von E. Pesci. Ref. Kaufmann, Mannheim.
4. **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Extractum fluidum Cacti grandiflori auf den Blutdruck bei Herzaffektionen mit Kompensationsstörungen.** Von G. W. Alexejeff. Ref. Fritz Loeb, München.

1. Das Vorhandensein einer Ueberanstrengung des Herzens wird häufig nicht erkannt, denn sie ist etwas Relatives: ein krankes Herz hält weniger aus als ein gesundes. Auch werden von den Aerzten über dem pathologischen Befund häufig die anderen Symptome am Herzen vernachlässigt, und oft genug ist mit der Auskultation bei Veränderungen am Myokard nichts anzufangen.

Bei starken Anstrengungen vermehrt sich die Arbeit des linken Ventrikels aus drei Gründen: 1. ist die in der Zeiteinheit ausgetriebene Blutmenge vergrößert, 2. steigt der periphere Zirkulationswiderstand infolge des verstärkten Druckes auf die intramuskulären Gefäße und 3. dehnt sich der linke Ventrikel infolge dieser vermehrten Arbeit aus und wird noch weniger leistungsfähig. Der Blutdruck steigt anfänglich, fällt aber bald wieder infolge reflektorischer Gefäßerschlaffung, verstärkter Atmung und vergrößerter Ansaugetätigkeit des rechten Ventrikels. Dieser wird nun ebenfalls überanstrengt und dilatiert bald, da er weniger aushält als der linke. Schließlich kann eine kompensatorische Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel entstehen.

Experimentell haben Roy und Adami durch Ueberanstrengung organische Veränderungen an den Klappen hervorrufen können (Oedem, Hämorrhagien).

Man kann eine chronische und

Digitized by Google

akute Form der Ueberanstrengung unterscheiden. Die Symptome der letzteren sind: Dyspnöe, Präkordialangst, Blässe oder Zyanose, Schwindel, Ohnmachten, Erbrechen, rapider, schwacher, unregelmäßiger Puls, schwacher Spitzenstoß, Herzverbreiterung. Der Anfall geht meistens rasch vorüber, kann aber auch zum plötzlichen Tod oder zu einem Zustand größerer Labilität führen, die das Herz für eine einigermaßen schwere Arbeit unfähig macht. Die Zeichen der chronischen Ueberanstrengung sind Herzverbreiterung, Insuffizienz der Klappen und Kompensationsstörungen, die in einem Teil der Fälle durch Herzhypertrophie ausgeglichen werden .

Selbstverständlich ist, daß ein durch Syphilis, Alkohol, Nikotin, Alter, Fettleibigkeit, Kropfbildung, Arteriosklerose u. s. w. geschwächtes Herz rascher überanstrengt wird, als ein gesundes. Es kann nicht genug betont werden, daß nach schweren Infektionskrankheiten auch bei Abwesenheit aller physikalischen Zeichen noch außerordentlich lange mit einer verringerten Widerstandsfähigkeit des Herzens gerechnet werden muß.

Anderson führt dann noch eine Reihe von Fällen an, bei denen infolge einmaliger Ueberanstrengung Rupturen der Aorta, Aortaklappen oder des linken Ventrikels entstanden waren; zum Teil handelt es sich dabei um völlig gesunde, junge Leute. — (The British Med. Journ., 7. Okt. 1905.)

2. Reitter berichtet über 15 mit Digalen behandelte Fälle. Das Mittel wurde per os gereicht in einer Dosis von 6 cm^3 pro die, da mit der empfohlenen kleinen Dosis von 2—3 cm^3 keine volle Wirkung erzielt werden konnte. Bei Betrachtung der erzielten Resultate fiel vor allem die ausgesprochene Herabsetzung der Tachykardie auf, eine Wirkung, die einige Stunden nach Einnahme des Mittels beginnt und während des Gebrauches anhält, um nach Aussetzen oft rasch wieder abzuklingen; auch bestehende Arhythmie wurde meist wesentlich gebessert. Die Diurese stieg zwar, aber nur innerhalb enger Grenzen; bei schwerer Insuffizienz mit starken Oedemen war eine Nachhilfe mit Diureticis notwendig. War also bei Fällen, in denen Tachykardie, Arhythmie, Dyspnöe und subjektive Beschwerden das Krankheitsbild darstellten, der Erfolg des Digalen vollkommen dem eines Digitalisinfuses gleich, so blieb bei Wasserretention im Körper seine Wirkung hinter der des Digitalis zurück, bei der wir — ein einwandfreies Präparat vorausgesetzt — fast stets eine beträchtliche diuretische Wirkung sehen. Dagegen kann Reitter bestätigen, daß bei Anwendung des Digalen keinerlei unangenehme Nebenwirkungen, keine Vergiftungssymptome selbst bei tagelangem Gebrauche eintreten, wenn auch eine kumulierende Wirkung wie bei der Digitalis gelegentlich nicht zu verkennen ist. Das Mittel wurde ohne Widerwillen selbst in größerer Dosis genommen, und wo leichte Uebelkeit und Brechreiz auftraten, waren diese zwanglos aus dem Gesamtzustande der Patienten zu erklären; dagegen ist der Preis des Mittels noch ein recht hoher. Reitter faßt sein Urteil dahin zusammen, „daß dieses neue Medikament ein gutes Kardiotonikum darstellt, das eher als alle bisher versuchten Ersatzpräparate den Foliis Digitalis gleichkommt, aber in seiner Wirkung und seinem Erfolge dieselben jedenfalls nicht übertrifft.“ — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 47, 1905.)

3. Pesci wendete das Chlorbarium in 43 Fällen der verschiedensten Herzaffektionen an, und zwar in Einzeldosen von 0·02 g, Tagesdosen von 0·1—0·25 g, in Pulvern, wässeriger Lösung, Pillenform oder subkutan. Am wirksamsten und praktischsten waren Tagesdosen von 0·2 g, in wässeriger Lösung, 3—4 Tage hintereinander. Das Mittel wurde stets gut ertragen, selbst 8—10 Tage lang; nur in einem Falle, in dem drei Tage hintereinander 0·45 g verabreicht wurden, traten Leibschmerzen, Schwindel, Kopfweh und schlechter Geschmack ein. Die Resultate waren meist recht gut, in einzelnen Fällen vorzüglich. Pesci hält das Mittel, da es wirksam und dabei billig ist, für geeignet, in der Praxis Anwendung zu finden, ganz besonders als Diuretikum. So wirkt es bei frischen und alten serösen Pleuraergüssen als ausgezeichnetes Diuretikum; die Re-

Digitized by Google

sultate sind prompt, konstant und besser als bei jedem anderen Diuretikum; ähnlich bei akuten und chronischen parenchymatösen Nephritiden, allerdings nur bei nicht schon von vornherein sehr hohem Blutdruck. In den ersten Perioden der Inkompensation bei Herzfehlern wirkt es der Digitalis ähnlich und oft besser als diese; bei Infektionskrankheiten, in denen die Herzkraft und der Tonus der Gefäße nachzulassen droht, ist es am Platze; dagegen ist es überall da kontraindiziert, wo der Blutdruck sehr hoch ist oder die Herzkraft sehr tief darniederliegt. — (La Clin. Med. Ital. Nr. 8, 1905.)

4. Nach den klinischen Erfahrungen Alexejeffs erhöht das Cactusfluidextrakt in der Regel den Blutdruck im zentralen wie im peripheren Gefäßsystem und im rechten Vorhof und bessert in günstigen Fällen die Zirkulation. Der Herzrhythmus ist dabei keinen merklichen Schwankungen unterworfen. Ungünstige Neben- und Kumulativwirkungen fehlen, das subjektive Befinden soll rasch gebessert werden. Es ist eine schwache diuretische Wirkung zu beobachten, ohne Reizung der Nieren. Wo Adonis und Digitalis ausgesetzt werden, ist Kaktusfluidextrakt ein guter Ersatz für diese Mittel. Man verordnet 20—30 Tropfen 3—4mal täglich. Die Form des Herzfehlers kommt nicht in Betracht. — (Russische med. Rundsch. Nr. 11, 1905.)

Colica mucosa.

1. **Colitis membranacea.** Von Hale White. Ref. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die Schleimkolik.** Von W. H. Flint. Ref. Kaufmann, Mannheim.
3. **Beitrag zur Therapie der Enterocolitis mucomembranacea.** Von M. Nigout. Ref. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die Colica muco-membranacea bei den Erkrankungen des Nervensystems.** Von F. Bernard. Ref. Kaufmann, Mannheim.
5. **Bemerkungen über die Enteritis muco-membranacea und ihre Behandlung.** Von Pujol. Ref. Kaufmann, Mannheim.

1. Der wichtigste Punkt in der Behandlung der Colitis membranacea ist, den Dickdarm leer zu halten, was man am besten durch innerliche Darreichung von Kastoröl erreicht. Man gibt es morgens beim Erwachen, so daß regelmäßig nach dem Frühstück Stuhl erfolgt. In eingewurzelten Fällen dauert es lange Wochen, bis eine Besserung zu verzeichnen ist; man darf also den Versuch nicht zu früh abbrechen; ebenso muß die Kur noch nach erfolgter Besserung lange fortgesetzt werden. Kann Kastoröl wegen Brechreiz nicht genommen werden, so ersetzt man es durch Glaubersalz oder durch abendliche Kalomeldarreichungen. Schlägt die medikamentöse Behandlung fehl, so greife man zu Darmspülungen mit warmem Wasser; besser macht man eine derartige Kur in einem Badeort, wie z. B. Plombières, durch. In Fällen, wo alles fehlschlägt, kann man die regelmäßige Entleerung des Darmes durch eine rechtsseitige Kolotomie vorschlagen, aber natürlich nur im Notfalle, zumal es nötig ist, die Fistel mindestens ein Jahr offen zu halten, und man auch dann vor Rezidiven nicht sicher ist. Wird die Operation vollzogen, so sind Durchwaschungen von dem künstlichen zum natürlichen After nicht nötig; es genügt, wenn man eine solche gleich nach der Operation vornimmt. Vor Anraten der Operation ist auch zu bedenken, daß die sekundären nervösen Beschwerden sowie Komplikationen derart im Vordergrunde stehen können, daß sogar das Verschwinden der lokalen Darmsymptome nicht zur Heilung führt. Gelegentlich sieht man auch Nutzen von der Applikation hochgespannter Ströme auf den Leib; bei anderen Fällen sind sie wirkungslos. Was die Diät anlangt, so ist nach Whites Erfahrung eine einfache leichte Kost die beste; ein Uebermaß von Vegetabilien befürwortet er ebenso wenig wie eine zu knappe Kost; abgemagerte Patienten soll man aufmästen. Von sogenannten Darmantisepticis hält er nichts; bestehen Diarrhöen, so gebe man keine Adstringentien, sondern Kastoröl. Ganz schlimme Fälle lege man eine Zeit lang ins Bett. Warme Kleidung, speziell um den Unterleib, ist nötig. Man soll keinen Fall ohne monatelange Behandlung für unheilbar erklären. — (Lancet, 28. Okt. 1905.)

2. Flint behandelt die Anfälle mit absoluter Ruhe und flüssiger Diät. Zur

Digitized by Google

Schmerzlinderung verwendet er Kataplasmen und kleine Phenacetindosen, eventuell auch Opinte. Dabei Sorge für täglichen leichten Stuhl durch milde Abführmittel (phosphorsaures Natron, Glaubersalz) und für psychische Beruhigung. — Im Intervall tritt ein allgemein kräftigendes Verfahren in sein Recht; die Nahrung sei leicht, reichlich und soll stuhlbefördernd wirken; eventuell wendet man leichte Abführmittel an. Als Nervinum gibt Flint gerne Strychnin. Von anderen Autoren wird Atropin und Silbernitrat (à 0·01 pro dosi in Pillen) empfohlen. Flint hat auch von Betanaphthol-Wismuth in Dosen von 1·0, dreimal täglich in heißem Wasser 1 Stunde vor der Mahlzeit gegeben, gute Erfolge gesehen. — (California State Journ. of Medicine, Bd. 3, H. 8, Aug. 1905.)

3. Auf Grund eigener wie fremder Erfahrungen empfiehlt Nigout das Thiogenol zu Spülungen bei der Schleimkolik. Von einer Lösung 50·0 : 200·0 destilliertem Wasser wird 1—2 Eßlöffel auf 1 l Wasser zur Spülung verwendet, Temperatur 30—35°. Die Spülungen werden meist täglich gegeben; schon nach zirka 14 Tagen findet man so weitgehende Besserungen, wie nicht leicht bei einer anderen Behandlung: Verminderung der Schmerzen, der Verstopfung, der Membranen und des Schleims. — (Arch. gén. de méd. Nr. 50, 12. Dez. 1905.)

4. Daß die Colica muco-membranacea eine häufige Begleiterscheinung funktioneller Neurosen und Psychosen ist, ist bekannt. Nicht so häufig ist ein Zusammenvorkommen von organischen Nervenerkrankungen (besonders Tabes und Paralyse) mit der Kolik konstatiert. Man kann bei dieser Kombination drei Möglichkeiten unterscheiden. In einer ersten Gruppe ist die Colica mucosa nur eine unwesentliche Begleiterscheinung einer voll entwickelten Tabes oder Paralyse, die neben den anderen Symptomen verschwindet. In anderen Fällen beherrscht die Schleimkolik das Bild; der Kranke gilt als Neurastheniker, und nur eine genaue Untersuchung entdeckt die tabischen oder paralytischen Symptome. In einer dritten Gruppe dagegen findet auch die genaueste Untersuchung keine Symptome, die auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems deuten; solche stellen sich erst später ein, so daß die Colica mucosa als Frühsymptom der Krankheit, etwa wie öfters gastrische Krisen, zu betrachten ist. Bernard hat vier Fälle der letzteren Gruppe beobachtet. Alle waren syphilitisch gewesen und standen lediglich wegen der Schleimkolik in Beobachtung; innerhalb $^1/_4$—1 Jahr traten bei allen die Zeichen der Tabes (1) bezw. Paralyse (3) auf. Wahrscheinlich beruhen derartige Fälle auf organischen Veränderungen des Bauchsympathikus. Man darf natürlich nicht verallgemeinern; immerhin wird man, wenn bei früher Luetischen in vorgerückterem Lebensalter eine Colica mucosa auftritt, an die Möglichkeit einer Tabes oder Paralyse denken. — (Journ. des Practiciens Nr. 25, 1905.)

5. Pujol stellt eine neue Theorie über die Pathogenese der Enteritis muco-membranacea auf. Nach seiner Ansicht ist sie die Folge einer funktionellen Störung der Leber, deren Ursache eine ganz verschiedene sein kann, sei es eine Infektion, z. B. Grippe, oder ein psychischer Chok, Sorgen u. s. w. Diese Störung, die zunächst rein dyspeptische Beschwerden macht, kann mit einer Vergrößerung oder Verkleinerung der Leber einhergehen, braucht es aber nicht. Immer aber führt sie zu einer Störung des Gallenflusses oder gar der Gallenproduktion. Bei der wichtigen Rolle, welche die Galle im Darm spielt, wird dieser Defekt nicht gleichgiltig ertragen: es kommt zur schlechten Verarbeitung der Nahrung und zur Entwicklung von Darmgiften. Weiter aber werden die Funktionen der anderen Organe gestört, und vor allem kommt es zu einer erhöhten Tätigkeit der Magen- und Darmdrüsen, der Darmsaft wird auch in seiner Zusammensetzung verändert, besonders wird die Schleimproduktion durch den Reiz der schlechter verarbeiteten Nahrung erhöht. Bei sehr viel Schleim kann es zu diarrhöischen Ausbrüchen kommen; sonst tapeziert gewissermaßen der Schleim die Darmwände aus; der Darm, unfähig, sich seines Inhaltes zu entleeren, kontrahiert

Digitized by Google

sich spastisch, und so kommt das Bild der Schleimkolik zustande.

Bei der Behandlung kommt es also in erster Linie darauf an, die Tätigkeit der Leber anzuregen. Dazu nützt aber die gewöhnlich verabreichte blande Diät wenig; vielmehr soll man den Gemüsen den Vorzug geben und sie auch weitergeben, wenn sie im Anfang Beschwerden machen; der Patient wird sich daran gewöhnen. Nur in Fällen hochgradiger Reizung des Magens muß man vorsichtiger sein. Machen sie Beschwerden, so gibt man leichte Beruhigungsmittel: Cannabis indica, Belladonna. Bei stärkerer Obstipation gibt man leichte Abführmittel (Rizinusöl, eventuell Podophyllin), dazu als Kräftigungsmittel Arsen und Strychnin. Sehr wichtig ist geeignete Hydrotherapie. Man beginnt mit Bädern von 37° und fügt dann Duschen von 25 bis 30° hinzu. Kalte Duschen gibt man erst gegen Schluß der Behandlung, wenn das Nervensystem sich völlig beruhigt hat. Völlig zu verwerfen sind große Darmklysmen, so viel gebraucht und empfohlen sie werden. Sie nützen nichts und reizen nur den Darm, sich zu kontrahieren, wodurch sie Schaden bringen. — (Le Bulletin Méd., 1905.)

Leber, Galle.

1. **Leberkolik und Magenkatarrh erfolgreich durch Magenspülungen mit Hydrozon behandelt.** Von H. Weismann. Ref. Kaufmann, Mannheim.
2. **Glycocholsaures Natron bei Leberkrankheiten.** Von Richardson. Ref. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die Beziehung der Bakterien zur Entwicklung von Gallensteinen.** Von A. J. Lartigau. Ref. Kaufmann, Mannheim.
4. **Beobachtungen über die Fäzes bei Gallenabschluß und Pankreaserkrankung.** Von P. J. Cammidge. Ref. Kaufmann, Mannheim.
5. **Das Eunatrol.** Von Girardi und Schifone. Ref. Kaufmann, Mannheim.
6. **Eine neue Gefahr der Talma'schen Operation.** Von D. Maragliano. Ref. Kaufmann, Mannheim.

1. Ein 45jähriger Ingenieur litt seit mehreren Jahren an heftigen Gallensteinkoliken und Schleimerbrechen, ohne daß irgend eine Behandlungsmethode Erfolg hätte; auch eine interne Behandlung mit Hydrozon und Glykozon vermochte innerhalb zweier Monate die Anfälle nicht zum Schwinden zu bringen. Weismann schritt nun zu zwei- bis dreimal wöchentlichen Magenspülungen mit 1—8%iger Hydrozonlösung; im dritten Monat wurde täglich gespült, im zweiten Vierteljahr immer seltener. Dabei wurde die innerliche Behandlung mit Glykozon, zwei Kaffeelöffel vor und nach dem Essen, fortgesetzt. Seit Beginn der Spülungen, also seit zirka $1^1/_2$ Jahren, sind die Anfälle völlig weggeblieben. — (St. Louis Med. and Surg. Journ., Aug. 1905.)

2. Richardson benützt das glykocholsaure Natron in allen mit toxämischen Erscheinungen einhergehenden Krankheiten, bei Leberinsuffizienz und in Fällen mit Unterernährung infolge mangelhafter Fettresorption. Ganz besonders ist das Mittel aber angezeigt bei Cholelithiasis. Man gibt es in einer Menge von dreimal täglich 0·3 g, wiewohl sogar 0·9 g ohne irgendwelche Störung genommen werden können. Da das Mittel kumulativ wirkt, kann man mit den Dosen heruntergehen; doch gibt man es, besonders bei Koliken, monatelang, und zwar im ganzen Monat zirka 7 g. Als wahres Allheilmittel wird das Mittel von Richardson aber auch bei Diabetes, Arteriosklerose u. a. m. gegeben! — (New-York Med. Journ., 30. Sept. 1905.)

3. In einer ersten Reihe von Tierversuchen (17) brachte Lartigau sterile Fremdkörper (Weizenkörner, Fragmente menschlicher Gallensteine u. a.) in die Gallenblase; in acht Fällen wurden die Versuchsbedingungen so eingerichtet, daß der Ausfluß der Galle teilweise behindert war. Zwei Tiere starben direkt nach der Operation; die 15 anderen lebten 2—11 Monate, und es fanden sich bei ihnen, übereinstimmend mit den Befunden früherer Autoren, weder Gallensteine noch Cholezystitis. In 8 weiteren Versuchen wurde Kaninchen der Bacillus pyocyaneus in abgeschwächter Kultur in die Gallenblase gebracht, ohne einen Fremdkörper, ohne Behinderung des Gallenabflusses; ein Tier starb gleich, vier zeigten bei der Autopsie

Digitized by Google

2—7½ Monate nach der Operation Gallensteine, drei zeigten weder Steine, noch fanden sich Pyozyaneusbazillen; dagegen fanden sich letztere, einmal neben dem Kolibazillus, in den Fällen mit Steinen. Bei neun weiteren Versuchstieren wurde neben der Bazilleninokulation auch noch der Gallenabfluß behindert; nach 3—10 Monaten zeigten alle Steine; in fünf Fällen wurden die Bazillen wieder gefunden. Weitere 16 Versuche betrafen die Einbringung von verschiedenen Bakterienarten in Verbindung mit sterilen Fremdkörpern: fünf Tiere gingen rasch zugrunde, zwei nach 6 und 7 Monaten getötete zeigten keine Steine, in den übrigen Fällen (Tötung nach 1½—14 Monaten) war der Befund positiv. Nicht feststellen ließ sich, ob eine Bakterienart mehr als die andere zur Steinbildung disponiert, dann, wann mehr kleine, wann mehr große Steine entstehen; meist fanden sich die Steine multipel. Die früheste Zeit, nach der Steine gefunden wurden, war sechs Wochen (Durchmesser des Steines 4 mm). Die Gallenblasenwand war meist verdickt, die Galle dünn und pigmentarm. — Zehn Versuche wurden unternommen, um die Wirkung von Mischinfektionen zu prüfen; sie schienen eher mehr zur Steinbildung zu disponieren. Die letzten zwölf Experimente sollten zeigen, ob auch sterilisierte Bakterienmassen oder thermische oder chemische Reize bei teilweise behindertem Gallenabfluß die Gallensteinbildung fördern; sie ergaben alle ein negatives Resultat. — Praktisch wichtig war noch die Klärung der Frage, wie im menschlichen Körper die Bakterien in die Gallenblase kommen, ob, wie die einen annehmen, durch die Gallenwege, oder, nach der Annahme anderer, auf dem Blutwege. Lartigau unterband bei fünf Hunden den Choledochus und fügte der Nahrung Pyozyaneuskulturen hinzu; nach 2—5 Tagen fanden sich in zwei Fällen die Bazillen neben Kolibazillen in der Gallenblase. Bei fünf anderen Hunden wurde dasselbe Experiment wiederholt, nachdem vorher durch Arsen oder Sublimat eine Entzündung im Darm gesetzt war; auch hier war in drei Fällen der Bacillus pyocyaneus, zweimal mit Kolibazillen zusammen, zu finden. Also eine Blutinfektion der Gallenblase ist jedenfalls möglich. — (California State Journ. of Med., Jänner 1906.)

4. Cammidge hat im ganzen 53 Fälle untersucht, und zwar 9 mit Steinen im distalen Teil des Choledochus, 21 mit chronischer Pankreatitis, 13 mit Pankreaskrebs, 3 mit Steinen im proximalen Teil des Choledochus und 2 mit Pankreasdiabetes; bis auf 10 wurde die Diagnose durch Autopsie in vivo oder post mortem bestätigt. In den Fällen, wo der Eintritt der Galle und des Pankreassaftes in den Darm behindert war (Stein oder Neoplasma), war die Reaktion der Fäces fast durchgehends sauer, bei chronischer Pankreatitis in zwei Dritteln der Fälle. Der Fettgehalt der Fäzes schwankte auch bei der gleichen Affektion sehr; bei Pankreaskarzinom stieg er bis 90%, bei Anwesenheit eines Steines am Vater'schen Divertikel bis 68%; durchgehends war er erhöht. Was das Verhältnis von Neutralfett zu Fettsäuren angeht, so war im allgemeinen dann, wenn auch der Pankreassaft abgeschlossen war, das erstere überwiegend, während bei hohem Sitz des Verschlusses die Fettsäuren überwogen. Die als chronische Pankreatitis diagnostizierten Fälle zeigten mehr das erstere Verhalten. Muskelfasern fanden sich sehr häufig; die Stickstoffbestimmung förderte dabei keine anderen Gesichtspunkte zutage als die einfache mikroskopische Untersuchung. Stercobilin fand sich in allen Fällen von chronischer Pankreatitis und einfacher Obstruktion, fehlte dagegen meist in den Fällen von Karzinom. Diese Untersuchungen zeigen also, daß die Fäzesuntersuchung wertvolle Fingerzeige für eine exakte Diagnose der Pankreaserkrankungen gibt, jedoch allein zur Stellung einer Diagnose gewiß nicht ausreicht. — (Brith. med. Journ. 28. Okt. 1905.)

5. Die Vf. wiesen an Hunden nach, daß die Menge der sezernierten Galle nach peroraler Einführung von 3—5 g Eunatrol drei- bis fünfmal so hoch ist als bei Kontroltieren; die Menge der Galle war proportional der Menge des verabreichten Eunatrols; bei subkutaner Injektion des

Digitized by Google

Salzes war die Vermehrung der Gallensekretion auch vorhanden, wenn auch etwas geringer. Um zu beweisen, daß es sich dabei um eine direkte Reizwirkung des ölsauren Natrons auf die Leberzelle handelt, gingen die Autoren so vor, daß sie Stücke der Leber von frisch getöteten Kaninchen in physiologischer Kochsalzlösung in den Brutofen brachten (38°) und, unter Belassung von Kontrollstücken, einem Teil derselben 1 cm³ einer 5%igen Natriumoleatlösung zufügten. Nach einer Stunde war in den mit Eunatrol beschickten Gallenfarbstoff nachzuweisen, in den Kontrollgläsern nicht; dieser Befund war völlig konstant. Die Gallenfarbstoffreaktion war bei den Versuchen mit Eunatrol wesentlich intensiver als bei ähnlichen mit salizylsaurem Natron.

Die klinischen Erfolge bei Anwendung des Eunatrol waren sehr befriedigend, sowohl im akuten Stadium als auch nach dem Anfall. Die Anfälle liefen leichter und rascher ab, kamen nicht so häufig wieder, und die quälenden Beschwerden, die oft auch in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen vorhanden sind, schwanden. Ebenso günstige Erfolge wurden beim Icterus catarrhalis erzielt; die verabreichte Dosis war 4—8 Pillen täglich. Die Vf. haben weiter versucht, durch die Vermehrung der Gallensekretion den Stuhl bei habituell Obstipierten günstig zu beeinflussen. In der Tat bewirkte fast regelmäßig die Verabreichung von zweimal täglich zwei Pillen eine prompte Regelung des Stuhles. — (Gazz. degli Ospedali, 27. Juni 1905.)

6. Maragliano hatte bei einem 32-jährigen Patienten mit Leberzirrhose die Talma'sche Operation ausgeführt. Drei Tage ging alles gut, am vierten Tag jedoch kollabierte der Patient im Anschluß an einen heftigen Brechanfall und starb. Bei der Autopsie fand sich eine schwere Blutung, ausgehend von einem großen Riß in dem angenähten Netz. Diese Gefahr besteht bei der Talma'schen Operation immer, wenn auch das Ereignis ein sehr seltenes ist. Um ihm entgegenzuwirken, ist es zunächst ratsam, das Netz nicht zu weit herunterzuziehen, weshalb man den Bauchschnitt möglichst weit oben anlegen muß. Ferner muß man Erbrechen nach der Operation möglichst zu verhüten trachten. — (Gazz. degli ospedali Nr. 115, 24. Sept. 1905.)

Eine einfache Methode zur Bestimmung des Chlorgehaltes im Urin. Von Dr. Eketorn, Sandsval (Schweden). Ref. Klemperer, Karlsbad.

Zur Bestimmung des Chlorgehaltes im Urin gilt die Methode von Volhard, welche verläßliche Werte angibt und deren Schlußreaktion, die Entfärbung des roten Ferrirhodanides, zuverlässig und prompt eintritt, ohne durch die sonstigen Bestandteile des Urins gehemmt zu werden. Diese Methode ist jedoch für den praktischen Arzt zeitraubend und deshalb hat Ekehorn eine Vereinfachung derselben ersonnen und in Vorschlag gebracht. Eine auf einem Ende zugeschmolzene Glasröhre wird derart graduiert, daß der unterste Teil der Graduierung bis zum ersten Teilstrich genau 2 cm³ umfaßt; von da ab geht eine Gradierung derart, daß jeder weitere Teilstrich 1 cm³ bedeutet, der unterste hat die Bezeichnung 0 und dann weiters 1, 2 u. s. w.; jeder Grad der Teilung ist durch einen kleineren Teilstrich in zwei Hälften geteilt; benötigt werden zwei Reagenzflüssigkeiten, welche in einfachen Tropfflaschen aufbewahrt werden, die eine ist salpetersaures Silber (enthaltend 0·5815 Silbernitrat und 5 cm³ Salpetersäure auf 100 Volum Wasser), die zweite ist eine Ferrirhodanidlösung (enthaltend 0·322 g Kaliumrhodanid und 60 cm³ Eisenalaunlösung auf 100 Volum Wasser). Die Chlorbestimmung geschieht nun folgendermaßen: Mittels Pipette werden bis zum ersten Teilstrich 2 cm³ Urin eingegossen, hierauf bis zum nächsten ½ cm³ die Ferrirhodanidlösung zugeschüttet und nun tropfenweise Silbernitratlösung beigesetzt, bis die Entfärbung des roten Eisenrhodanides eingetreten ist.

Während des Zusatzes des letzteren Reagens wird die mit einem Kautschukpfropf verstopfte Röhre mehreremals geschüttelt; nach der Entfärbung wird die Höhe der Flüssigkeit abgelesen und die gefundene Ziffer gibt den Prozentgehalt

Digitized by Google

des NaCl im untersuchten Urin. Wenn auch sich die Gradierung nur auf $^1/_2$ cm³ erstreckt, ist es leicht möglich, mit dem Augenmaß auch eine Viertel-Einheit leicht zu bestimmen. Der Reaktionsverlauf ist der, daß das zugesetzte Silbernitrat vorerst alles Cl zu AgCl bindet und auf das Ferrirhodanid so lange einwirkt, bis das Rhodan als weißes Silberrhodanid erscheint; ist dies geschehen, dann ist der Schlußpunkt der Reaktion eingetreten, die ursprünglich rote Mischung wird entfärbt. Zum näheren Verständnis der Reaktion sei hinzugesetzt, daß die Ferrirhodanidlösung — rücksichtlich ihres Rhodangehaltes — der Silbernitratlösung äquivalent ist. In die Röhre wurde $^1/_2$ cm³ Rhodanidlösung eingebracht, zu deren Entfärbung notwendige Silbernitratlösung befindet sich zwischen dem 0-Zeichen und dem darunter befindlichen kleinen Raume.

Karl Th. Mörner hat das Verfahren geprüft, die angestellten Kontrollversuche haben ein zufriedenstellendes Resultat ergeben, indem die Abweichungen von den durch die Volhard'sche Bestimmung erhaltenen Zahlen bei denselben Urinen 0—$^1/_4$, höchstens $^1/_2$‰ betragen. Das Verfahren erscheint daher für den Praktiker einfach und geeignet. — (Upsala läkere-förhandl., März 1906.)

Behandlung der Ileokolitis mit Adrenalin. Von Mason. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Ein $1^1/_4$jähriges Kind war schwer erkrankt mit Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber, häufigen grünen, blutig tingierten Stühlen, Tenesmen; die gewöhnliche Behandlung mit Kalomel, Wismut, Opiaten, Kolonspülung, Tannineinläufen führte nicht zum Ziel und nach einer Woche schien das Kind verloren; die Stühle kamen zu dieser Zeit etwa alle 20 Minuten und bestanden fast nur aus Blut. Man schritt nun zu Adrenalinklysmen. Die erste Dosis (5 Tropfen der Lösung 1:1000, in Wasser gelöst) wurde unmittelbar nach einer Stuhlentleerung verabreicht; nach 3 Stunden wurde eine zweite gegeben, und erst 4 Stunden später erfolgte eine geringe, deutlich weniger Blut enthaltende Entleerung. Eine dritte Injektion ließ den Stuhl 6 Stunden ausbleiben. Die Stühle enthielten immer weniger Blut und nach 48 Stunden konnte das Adrenalin vollständig wegbleiben; das Kind trat in eine ungestörte Rekonvaleszenz ein. Denkbar wäre ja, daß die Adrenalindarreichung zufällig gerade mit einer spontanen Besserung des Prozesses zusammengefallen wäre; wahrscheinlich ist dies, der Lage der Dinge nach, nicht, zumal einige Wochen nach der völligen Wiederhertellung bei einem durch einen Diätfehler hervorgerufenen Rückfall die sofortige Anwendung von Adrenalin den Anfall zu coupieren vermochte. — (Richmond Journ. of Practice, Juni 1905.)

Die Behandlung des Diabetes insipidus. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Die große Anzahl der gegen die Krankheit angegebenen Mittel zeugt für die Unwirksamkeit aller. Von Opium sieht man gelegentlich günstige Wirkung, besonders bezüglich des Durstes. In Amerika wird als Sedativum besonders gern die Valeriana gegeben, und zwar als pulv. Rad. Valer. 1—8 g täglich, oder als valeriansaures Zink 0·3—0·4 g, dreimal täglich. Auch Sekalpräparate wirken hie und da günstig, während Brom, Salizylsäure und Antipyrin wirkungslos sind. Versucht hat man auch Galvanisation des verlängerten Marks, sowie die Verabreichung von Nebennierenextrakt. Die beste Prognose geben die Fälle, welche auf Syphilis beruhen; doch pflegt der spezifischen Behandlung meist die Polyurie nicht ganz zu weichen. — (The Clevel. med. April 1905.)

Flüssige Gelatine als Antidiarrhoikum und Stomachikum. Von E. Cohn. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Vf. wurde durch eine Erfahrung auf dem Gebiete der Veterinärmedizin veranlaßt, die Wirkung von innerlich dargereichter Gelatine bei Darmkatarrhen verschiedener Art zu versuchen. Er ließ durch stundenlanges Erhitzen ein Gelatinepräparat herstellen, welches bei gewöhnlicher Temperatur völlig flüssig blieb; es gelang dies durch sechsstündiges Erhitzen im Sterilisierapparat. Er verabreichte die Gelatine in einer großen An-

Digitized by Google

zahl von Fällen, zirka 60. Im allgemeinen waren die Erfolge recht günstige, wenn auch die Beurteilung keine ganz leichte ist. Letzteres ganz besonders bei Kindern, wo schlechte Resultate durch schlechte Pflege etc. mitverschuldet sein können. Bei Erwachsenen scheinen demgemäß Mißerfolge noch seltener zu sein. Die Wirkung des Mittels dürfte wohl seiner Eigenschaft zu verdanken sein, nach Art der muzilaginösen Substanzen die Schleimhaut des Intestinaltraktus auszukleiden und so zu schützen. Auch bei Magenbeschwerden leistete es als schmerzstillendes Mittel schätzbare Dienste, und vielleicht bewährt es sich bei Ulkus, Karzinom, Typhus, Dysenterie und anderen Erkrankungen des Verdauungstrakts, wo eine schützende Wirkung erwünscht ist. — (Ther. d. Gegenw., Sept. 1905.)

Abführmittel im Lichte von Kotanalysen. Von F. v. Oefele. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat in einer Anzahl von Fällen bei Gebrauch von Abführmitteln der Cascaragruppe (Cascara, Rhamnus, Rheum, Senna) ausführliche Kotanalysen vorgenommen. Eine einheitliche Wirkung konnte schon der wechselnden Dosen wegen nicht erwartet werden, immerhin war in der Regel zu konstatieren eine Beschleunigung der Fortbewegung im Verdauungskanal, eine Beschleunigung des Defäkationsintervalls. Die Fähigkeit, Jod zu entfärben, ist gewöhnlich erhöht, obwohl nach anderen Anhaltspunkten die NH_3-Bildung vermindert ist. Die Eigenfarbe des Kots ist stark wechselnd. In der Farbe des Aetherauszugs macht sich das Vorherrschen gelber und rotgelber Töne geltend. Der Geruch ist meist verändert. Die Urobilinreaktion ist vermindert. Die Biuretreaktion entspricht dem Durchschnitt. Die Tripelphosphate sind normal. Der Schleimgehalt ist vermehrt, ebenso alle makroskopischen und mikroskopischen Nahrungsreste, außer den makroskopischen Fleischresten. Vermehrt sind auch die Darmepithelien, die Phosphorsäure, der Gehalt an ätherlöslichen Stoffen. Die Azidität des Aetherauszugs ist meist erhöht oder erniedrigt. Meist besteht Verschleuderung verseifbarer Fette; auch die homogenen Eiweiße sind meist vermehrt, dagegen sind die Dextrine vermindert. Cholestearin und Lecithin sind oft vermindert infolge der verminderten Gallensekretion, aber häufiger noch als kompensatorischer Schutz gegen Darmreizungen vermehrt.

Im allgemeinen ersehen wir, daß die besprochene Gruppe von Abführmitteln Kot liefert, welcher durchgängig als Verschwendung wertvoller Nahrungsstoffe aufzufassen ist. Es müssen also schon sehr gewichtige Gründe für die Verwendung eines solchen Mittels sprechen, wenn wir das Defizit der Ausnützung der Nahrung in den Kauf nehmen sollen. — (Heilmittelrevue Nr. 1, 1906.)

Einige Bemerkungen zur Verwendung der Cascarapräparate. Von R. Braun. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Gegenüber den zahlreichen in den letzten Jahren angegebenen Abführmitteln glaubt Braun auf die Vorzüge der Cascarapräparate, besonders in Gestalt der von Paul Liebe in Tetschen a. E. in den Handel gebrachten Tabletten und des Cascaraweines, hinweisen zu sollen. Als einen Hauptvorzug derselben betrachtet er, daß bei ihnen nicht der Abführwirkung eine Stuhlverhaltung nachfolgt, wie bei den meisten Purgantien, und zwar deshalb, weil sie den Darm fast gar nicht in einen stärkeren Reizzustand setzen, und auch die Peristaltik, die sie auslösen, nicht heftiger ist, als sie der normalen Tätigkeit des Darmes zukommt; so wird eine Uebermüdung des Darmes gar nicht eintreten können und die Stuhlverhaltung ausbleiben, d. h. es wird durch Cascara ein dem normalen Verhalten ähnlicher Zustand geschaffen. Die Wirkung des Medikaments tritt erst nach 14—24 Stunden ein ohne Schmerzen oder sonstige üble Nebenwirkungen; die Entleerung ist nicht dünnflüssig, sondern breiig. Sehr in die Wagschale fällt auch der angenehme Geschmack der Präparate. Vf. hat dieselben bei 35 Fällen habitueller Obstipation angewendet und mit Ausnahme von vier Fällen überall, auch in ganz hartnäckigen, jeder sonstigen medikamentösen Therapie trotzenden Fällen gute Erfolge erzielt.

Digitized by Google

Sehr empfiehlt er Cascara auch bei Stercoraldiarrhöe, von der er zehn Fälle mit günstigem Erfolge behandelt hat. Cascara kann auch in entsprechender Dosis bei Kindern ohne jeden Schaden verabreicht werden. — (Medico-Technol. Journ. Nr. 26, 1905.)

Chirurgie.

Wundbehandlung.

1. **Chirurgische Infektion und deren Prophylaxe.** Von Prof. Dr. E. Tavel, Bern. Ref. A. Haas, München.
2. **Ueber Wundbehandlung und Wundverband.** Von Prof. Dr. Graser. (Versuche und Erfahrungen in der chir. Klinik zu Erlangen.) Ref. Klar, Heidelberg.
3. **Einfluß der Adrenalinanämie auf den Ablauf lokaler Infektionen.** Von D. Maragliano. Ref. Kaufmann, Mannheim.

1. Die drei Faktoren der Wundinfektion sind Kontamination, Disposition und Virulenz. — Für die Kontamination der Wunde kommt zunächst die Luftinfektion in Betracht, und zwar als Staubinfektion und Tröpfcheninfektion. Gegen erstere haben Operateur und Assistenten eine Mütze zu tragen, damit kein Staub von den Haaren herabfällt, gegen letztere wird mit Recht für die Aerzte der Mikulicz'sche Schleier, für die Patienten der Kocher'sche Trennungsschirm und forzierte Reklination des Kopfes in der Narkose empfohlen. Zur Vermeidung der Kontaktinfektion wird, auf den Hägler'schen Untersuchungen basierend, für die Hände der Hauptwert auf eine sorgfältige Toilette und auf Vermeidung der Berührung infektiösen Materials durch Tragen von Handschuhen gelegt. Sehr eingehend wird die Desinfektion der Hände besprochen. Zunächst Entfettung der Handoberfläche, am besten durch Boluspaste, dann Lockerung der obersten Epidermisschichten und Entfernung derselben mit Seife und Bürste und gründliche Reinigung der Nägel. Danach rät Tavel, entgegen der gewöhnlichen Gepflogenheit, die Hände mit einem rauhen, sterilen Tuche abzutrocknen und so noch viele bakterienhaltige Epidermisschollen zu entfernen. Nach dieser mechanischen Reinigung folgt chemische Desinfektion in 50%igem Alkohol und Sublamin. So erreicht man eine genügende, wenn auch nicht absolute Desinfektion der Hände. Die Instrumente werden in 2%iger Boraxlösung ausgekocht; diese gibt keinen unschönen Belag, wie die Sodalösung. Das Ligaturmaterial muß antiseptisch sein, da stets Bakterien in die Wunde eingeimpft werden. Zur Vermeidung der Antoinfektion ist eine gründliche Vorbereitung des Patienten nötig, nach der Operation in entsprechenden Fällen Drainage. Gegen die hämatogene Infektion, insbesondere vom Darm aus, wird nach Kocher leichte Diät an den Tagen vor der Operation und 1—2 g Natrium salicyl. am Vorabend gegeben.

Bei der Disposition wird nach Besprechung der allgemeinen Bedingungen (Glykosurie, Uebermüdung, Erkältung etc.) hauptsächlich auf die lokalen Wundverhältnisse eingegangen. Die Implantation wirkt dadurch begünstigend für die Infektion, daß die Funktion der Phagozyten gestört wird. Zur Vermeidung der Retention, bei der Tavel Hämatome und Serome unterscheidet, sind exakte Blutstillung, Drainage, Etagennaht, Tamponade, Kompression, eventuell offene Wundbehandlung angezeigt. Zur Stillung parenchymatöser Blutungen ist am besten Wismutbrei, zur Drainage Glasdrains nach Kocher, die sich leicht durch Kochen sterilisieren lassen. Für die Tamponade läßt sich die Jodoformgaze durch Vioformgaze ersetzen. Bei der Frage der Tamponade des Peritoneums steht Tavel auf der Seite Ohlshausens. Tamponade mit nachfolgender Sekundärnaht reserviert er für spezielle Fälle, wie Nachblutungen, Entfernung tuberkulöser Herde etc.

Ein drittes lokales disponierendes Moment ist die chemische, physikalische oder mechanische Läsion der Gewebe (Läsionsinfektion Tavels). Deshalb ist zur Irrigation jedes reizende Antiseptikum zu vermeiden, am besten dient dazu die Tavel'sche Salzsodalösung; bei länger dauernden Operationen hat die trockene Asepsis

Digitized by Google

der feuchten zu weichen. Jede Quetschung, Zerrung etc. des Gewebes ist möglichst zu vermeiden.

Bei dem dritten Faktor, der Virulenz, ist hauptsächlich zu beachten, daß sie durch Passage der Bakterien durch einen empfindlichen Tierkörper gesteigert wird. Die für den Menschen pathogenen Bakterien sind für ihn auch am gefährlichsten; deshalb dürfen infektiöse Verbände nur mit Gummihandschuhen oder durch einen septischen Assistenten ausgeführt werden.

Der zweite kürzere Abschnitt des Buches befaßt sich mit der speziellen Aseptik und Antiseptik. Die Definition beider Methoden wird so formuliert, daß die Antisepsis die Kontamination voraussetzt und die Infektion durch Desinfektion verhindern will, während die Asepsis der Kontamination vorbeugt. Da eine minimale Kontamination stets erfolgt und eine antiseptische Behandlung der frischen Operationswunden durch Desinfektionsmittel schädlich ist, so rechnen wir bei unserem heutigen aseptischen Standpunkt auf die physiologischen bakteriziden Eigenschaften des Organismus, die physiologische Antoantiseptik im Sinne Witzels. Die Faktoren derselben sind die primäre Blutung, die hauptsächlich mechanisch wirkt, dann die Resorption, die bakterizide und antitoxische Wirkung der Körpersäfte, die Phagozytose, und endlich wirkt, wenn diese Prozesse eine Antoantisepsis nicht erzielten, die Entzündung. Diese Antoantisepsis hat der Chirurg zu fördern. Beim Peritoneum ist durch Vermeidung der Eintrocknung und Peritonisation der Wundflächen viel zu erreichen. Durch möglichst geringe Gewebsschädigung wird die Resorption gefördert. Bei befürchteter Infektion erleichtert die prophylaktische Injektion entsprechender Sera die Fixation der Alexine auf die Bakterien. 2%ige Nukleinsäure vermag die Leukozyten anzuregen (Miculicz).

Die Abhandlung Tavels gibt, vollständig auf der modernen Bakteriologie fußend, eine erschöpfende wissenschaftliche Darstellung der Infektionsvorgänge und unserer prophylaktischen Maßnahmen. Da aber Tavel die reiche Erfahrung der Kocher'schen Klinik zur Seite stand, findet auch der Praktiker eine Unmenge beherzigenswerter Ratschläge und Winke für die praktische Ausübung der Aseptik auf verhältnismäßig engem Raum zusammengedrängt. — (Moderne ärztl. Bibl., Nr. 22/23, 1905.)

2. Graser weist darauf hin, daß es nicht möglich ist, die Hände ganz keimfrei zu machen, es läßt sich nur ein hoher Grad von Sauberkeit erreichen. Desinfektion der Wunden ist fast aussichtslos. Der Arzt muß die Berührung infektiösen Materials nach Möglichkeit vermeiden und diese, ist sie einmal erfolgt, wie einen körperlichen Schmerz empfinden. Die sofortige und oftmals wiederholte Reinigung ist notwendig, um die Bakterien zu entfernen, bevor sie in die Tiefe der Haut dringen können. Handpflege und Handschonung sind wichtige Pflichten des Chirurgen; durch zu starkes Bürsten und zu viel Antiseptika wird die Haut rauh, und dann gerade haften Bakterien leichter an ihr. Man berühre Wunden so wenig wie möglich; man kann viele Operationen und fast jeden Verbandwechsel vornehmen, ohne mit dem Finger an die Wunde zu kommen. Graser operiert stets mit Gummihandschuhen, die innen und außen ausgiebig mit Seife gewaschen werden und dann zehn Minuten lang mit den Instrumenten in Sodalösung gekocht werden. Nach dem Gebrauch werden die Handschuhe trocken aufbewahrt; so halten sie sich am besten. Außerdem benützt Graser Kopfmützen, bei akutem Nasenkatarrh noch den Kopfschleier nach Witzel. Der Patient wird schon am Tage vor der Operation gewaschen und desinfiziert und bekommt dann einen sterilen Schutzverband auf das Operationsgebiet. Oft, besonders bei Amputationen, läßt Graser das Operationsfeld noch mit Jodtinktur bestreichen.

Als Ligaturmaterial verwendet Graser dünne Fäden von Jodkatgut, die in der von der Firma C. Billmann in Mannheim nach Müller angefertigten Jodlösung präpariert sind; diese Katgutfäden sind zugfester, als die nach Claudius hergestellten. Zu versenkten Nähten

Digitized by Google

nimmt Graser Seide, über die er nach Anlegung der Nähte noch einmal mit einem Sublimattupfer hinstreicht, häufig benutzt er auch Jodseide. Laperatomiewunden an sich und Wunden bei Hernienradikaloperationen drainiert Graser nie. Bei größeren Höhlenwunden legt er gläserne Drainrohre ein. Alle Wunden, die durch Naht völlig verschlossen werden können, und bei denen nicht das Aussickern von Blut und zersetzungsfähigen Exsudaten zu erwarten ist, dürfen unbedenklich der Luft ausgesetzt werden; die trockene Blutkruste bildet einen hermetischen Abschluß. Deshalb legt Graser auf alle solche Wunden nur einen leichten Schleier, der der Luft Zutritt gestattet und nur die direkte Berührung der Wunde mit Bett- und Leibwäsche verhindert. Das völlige Eintrocknen durch die Luft bietet Schutz vor späterer Infektion; der Schleier wird in der Umgebung der Wunde mit Kollodium, Zinkleim oder Heftpflaster befestigt. Auch Amputationswunden bedeckt Graser nur mit einem dünnen Schleier und schützt den Stumpf vor Berührung durch einen Bügel aus Pappe oder Schusterspan. Das der Amputationswunde nächste Gelenk wird durch einen Gipsverband, der in Handbreite oberhalb der Amputationsstelle abschließt, fixiert. Bei manchen Amputationswunden legt Graser noch ein Glasdrainrohr ein, läßt aber für dieses nur ein kleines Loch an der tiefsten Stelle, den übrigen größten Teil der Wunde überläßt er der Heilung „unter dem Schorf", also unter Luftzutritt. Der Glasdrain wird nach 24 Stunden entfernt, ohne daß die Wunde berührt wird, die Hautspalte für den Drain wird mit einem feuchten Sublimattupfer bedeckt, der Inhalt der Drainage bakteriologisch untersucht. Bei Strumen und anderen Operationen am Hals wendet Graser aber noch einen komprimierenden, etwas immobilisierenden großen Wundverband an, ebenso nach Laparotomien bei solchen Fällen, bei denen nach Entfernung großer Tumoren bei schlaffen Bauchdecken eine stärkere Auftreibung des Abdomens zu erwarten ist. Nach Osteotomien und anderen Knochenoperationen schließt Graser die Wunden fast immer ganz und legt sofort Gipsverband an. Eventuell nötige Drainagen werden stets in eigens angelegte Schnitte eingelegt, durch ein in den Gipsverband eingeschnittenes Fenster mit Holzwolle umpackt, und diese wird durch eine sterile Binde fixiert. Um die Operations-, bezw. Narkosedauer abzukürzen, legt Graser einige Teile des Gipsverbandes schon vor der Operation an, z. B. bei einer Osteotomia subtrochanterica am Becken, am gesunden Oberschenkel und am kranken Bein von unterhalb der projektierten Operationsstelle bis zum Fuß. Das Material der Erlanger Klinik, das Graser nach diesen Grundsätzen behandelt hat, erstreckte sich auf: mindestens 500 Bauchwunden, 130 Amputationen, 52 Osteotomien, 70 Gelenkresektionen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 49, 1905.)

3. Verschiedene klinische Erfahrungen hatten in Maragliano Zweifel geweckt, ob die Adrenalininjektion bei Operationen zum Zwecke der Blutleere ein für den weiteren Verlauf gleichgiltiger Eingriff ist; speziell hat ihn ein Fall aufmerksam gemacht, indem nach einer einfachen Zahnextraktion mit Adrenalin eine schwere, zu tödlicher Sepsis führende Nekrose aufgetreten war. Er stellte daher eine Reihe von Tierversuchen an, indem er den Einfluß der Adrenalinanämie auf den Ablauf lokaler Infektionen prüfte. Brachte er hochvirulente Kulturen ins Gewebe, so erfolgte der Tod der Adrenalintiere wohl später, weil die Anämie weniger Giftstoff in die Zirkulation kommen ließ; sofern aber die Giftigkeit eine geringere war, so daß überhaupt lokale Prozesse sich entwickeln konnten, waren dieselben bei den Adrenalintieren ausgesprochener; Adrenalin vermochte sogar bei Kulturen eine Reaktion auszulösen, die für nicht anämisiertes Gewebe nicht mehr virulent waren. Maragliano will das Resultat seiner Versuche nicht ohneweiters auf den Menschen übertragen: denn einmal werden da schwächere Konzentrationen injiziert, dann kommt durch den Schnitt wieder vieles vom Injizierten nach außen, in manchen Fällen auch durch die Drainage; immerhin möchte er Vorsicht empfehlen und anraten, womöglich den

Digitized by Google

Gebrauch des Adrenalins auf Operationen im gesunden, nicht infizierten Gewebe zu beschränken. — (Gazz. degli osped. Nr. 3, 1906.)

Muskelchirurgie.

1. **Die operative Behandlung der Zerreißung des Quadriceps cruris.** Von E. Quénu und P. Duval. Ref. Klar, Heidelberg.
2. **Die Behandlung des muskulären Schiefhalses.** Von Dr. A. Broca. Ref. A. Haas, München.
3. **Die Indikationen zur Sehnenverpflanzung.** Von Prof. A. Lorenz, Wien. Ref. A. Haas, München.

1. E. Quénu und P. Duval besprechen die Rupturen des Kniegelenkstreckapparats oberhalb der Patella und trennen diese Verletzung von den Brüchen der Kniescheibe und den Abreißungen des Ligamentum patellae von der Tibia trotz der Aehnlichkeit der Ursachen, Symptome und der durch diese Verletzungen verursachten funktionellen Störungen. Seitdem Rugsch im Jahre 1720 den ersten Fall von Ruptur des Quadrizeps veröffentlichte, sind 120 Fälle von vollständiger Zerreißung des Streckapparats des Kniegelenkes oberhalb der Kniescheibe bekannt geworden. Die meisten wurden unblutig behandelt, und Binet, der in der vorantiseptischen Zeit, im Jahre 1858, über 22 Fälle berichtet, rechnet, bei meist schlechten Resultaten, ein mindestens achtmonatiges Krankenlager für die Heilung. Die erste Naht wurde, bei einem veralteten Fall, im Jahre 1878 von Lister ausgeführt. Seitdem sind 22 Fälle veröffentlicht, bei denen 23mal — ein Patient (Vulpius) erlitt fünf Jahre nach der Ruptur des rechten Quadrizeps dieselbe Verletzung links, beide wurden mit Erfolg genäht! — die Naht vorgenommen wurde; drei von diesen 23 Beobachtungen sind in der Arbeit zum erstenmal veröffentlicht; sie wurden von E. Quénu und P. Duval beobachtet. (Ein weiterer Fall, beschrieben 1903 von Arnsperger in einer Dissertation aus der Freiburger chirurgischen Klinik, ist E. Quénu und P. Duval offenbar entgangen.) Die Heilung bei der früher geübten, nicht operativen Behandlung war deshalb meistens sehr schlecht, weil eine breite Diastase der Muskelwundränder und häufig auch die Einrollung ihrer obersten Lage erfolgt. Die Naht ist also heute die einzig richtige Therapie. Am besten führt man sie am 3. oder 4. Tage nach der Verletzung aus, nachdem man die ersten Tage zu täglichen gründlichen Reinigungen der Haut des Beines benützt hat. E. Quénu und P. Duval eröffnen durch einen Querschnitt, entfernen Blut- und Fibringerinnsel und glätten die Wundränder des Muskels und der Sehne, vermeiden dabei aber jede Berührung der Wundfläche mit antiseptischen Flüssigkeiten; dann legen sie durch den Bandapparat und die Patella einen Silberdraht, den sie seitlich zusammendrehen und nähen die Weichteile mit Zwirn: Fixation im Gipsverband während drei Wochen. Nach Ablauf dieser 21 Tage gehen die Patienten umher und werden nachbehandelt. Die Resultate sind sehr gut. — (Revue de chirurgie, Nr. 2, 1905.)

2. Bei der operativen Beseitigung des Schiefhalses konkurrieren drei Methoden: die totale oder partielle Exstirpation des betroffenen Kopfnickers, die subkutane und die offene Tenotomie. Vf. verwirft, ohne die guten Resultate der Exstirpation zu leugnen, dieses gegenwärtig in Deutschland viel geübte Verfahren deshalb, weil er, besonders für Mädchen, einen großen Nachteil in der großen, dadurch entstehenden Narbe sieht, und weil sich mit der offenen Tenotomie in den meisten Fällen gleich gute Erfolge erzielen lassen. Die subkutane Tenotomie hat Berechtigung bei alleiniger Verkürzung der Sternaloperation; sie gibt keine Narbe. Die beste Methode ist die offene Tenotomie mit kleinem, etwa 3 cm langem Querschnitt, die guten Ueberblick gibt und die Gefahr der Gefäßverletzung, besonders bei Durchtrennung der Klavikularportion, leicht vermeiden läßt. Meist ist die Klavikularportion ebenfalls verkürzt, so daß das Indikationsgebiet des subkutanen Verfahrens beschränkt ist. Die Wunde der offenen Tenotomie gibt eine sehr feine Narbe, Keloidbildung hat Vf. danach nie gesehen. — (Journal des Praticiens, 1905.)

3. Lorenz warnt vor der heute vielfach übertriebenen Anwendung der

Digitized by Google

Sehnentransplantation und verlangt Einschränkung und rationellere Aufstellung der Indikationen. Es handelt sich nicht um unbedingte Schonung jeder vorhandenen Kraft, sondern vor allem um den Ausgleich der Störungen des Muskelantagonismus. Deshalb ist beim Pes calcaneovalgus die Uebertragung beider Peronei auf die Achillessehne irrationell, weil dadurch sekundär der funktionell viel ungünstigere paralytische Klumpfuß entsteht. Geringere Grade von Kalkaneovalgus behandelt Lorenz überhaupt nicht, stärkere Grade durch keilförmige Osteotomie am Kalkaneus, eventuell mit Tenotomie der Plantarfaszie. — Bei der Quadrizepslähmung nimmt Lorenz niemals die Transplantation der Beuger auf den Quadrizeps vor, da dadurch das funktionell in seinen höheren Graden sehr störende Genu recurvatum entstehen kann; man hat Bizeps und Semimembranosus als Noli me tangere für die Transplation zu betrachten; für diese stehen Semitendinosus, Grazilis, Sartonus und Sensor fasciae latae zur Verfügung. Viel wichtiger als die Sehnenverpflanzung ist jedoch die Beseitigung der Beugekontraktur durch modellierendes Redressement bis zur leichten Ueberstreckung, eventuell mit suprakondylärer Infraktion des Femur zur Stabilisierung der leichten Ueberstreckung. Zur Nachbehandlung Massage des Quadrizeps. In Bezug auf das freie Gehen ist der Erfolg dieser Methode selbst bei völliger Quadrizepsparalyse der Transplantation überlegen. — Mit vollem Recht hebt Lorenz von neuem den Grundsatz hervor, daß jede Defermität erst gründlich beseitigt werden muß, bevor man an eine Sehnenverpflanzung herangeht. Denn dann erst kann man erkennen, welche Muskeln unrettbar zentral gelähmt sind. Die durch Ueberdehnung geschwächten Muskeln erholen sich nach Beseitigung der Defermität, und sehr oft ist man erstaunt, daß nunmehr eine projektierte Transplantation überflüssig geworden ist.

Insbesondere wendet sich Lorenz gegen die komplizierten Operationspläne von Vulpius und hebt mit Recht hervor, daß sich die so meist resultierende tendinöse Fination (am Fuß) meist billiger erreichen läßt. Beim paralytischen Klumpfuß hat Lorenz sehr oft nach dem Redressement eine Sehnenplastik nicht nötig, bedarf er ihrer, so verstärkt er den Extens communis durch den Tibialis anticus und die Peronei durch den lateralen Anteil der Achillessehne. Beim Plattfuß nimmt Lorenz höchstens bei völliger Supinatorenlähmung eine Verstärkung des M. tibialis anticus vom Extens. dipit. communis anferor. — Alles in allem betont Lorenz die dominierende Stellung des von ihm eingeführten modellierenden Redressements vor der Ueberpflanzung. Das Geheimnis des Erfolges beruht in der richtigen Verbindung beider. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 3, 1906.)

Wie kann man der Inanitionsgefahr des Anus praeternaturalis bei brandigen Brücken erfolgreich begegnen? Von Josef Bayer. Ref. A. Haas, München.

Ohne sich über die Frage zu entscheiden, ob bei gangränösen Hernien die Primärresektion der Anlegung einse Anus praeternaturalis vorzuziehen ist, bespricht Vf. die Ernährungsfrage bei letzterem. Die Inanition ist neben der Infektion eine Hauptgefahr des Anus praeternaturalis, besonders, wenn es sich um eine hohe Darmschlinge handelt. Bisher wurde sie durch Ernährung per os und rectum, durch subkutane Infusionen, durch Eingießen von Nährflüssigkeit in das abführende Darmstück bekämpft. Sehr oft zwingt trotz Anwendung dieser Mittel der rasche Kräfteverfall zu einer frühzeitigen Sekundärresektion unter den ungünstigsten Ernährungsverhältnissen, der dann die Kranken oft erliegen. In dem Falle des Vfs. aus der Praxis von Koch-Nürnberg betraf der Anus praeternaturalis eine ganz hohe Schlinge; die Kräfte sanken trotz Anwendung der gewöhnlichen Mittel rapid, insbesondere blieb auch die Eingießung von Nährflüssigkeit in das abführende Darmstück, auf gewöhnliche Weise mit einem Irrigator aus mäßiger Höhe ausgeführt, erfolglos. In diesem Falle gelang es schließlich, durch tropfenweise Infusion von mehreren Litern Nährflüssigkeit öfters im Tage in

Digitized by Google

das abführende Darmende eine genügende Ernährung und eine rasche Hebung des Allgemeinbefindens zu erreichen, so daß die spätere Resektion gut überstanden wurde. Diese Ernährung durch tropfenweise Eingießung einer Nährflüssigkeit, am besten Fleischbrühe mit Eidotter, Zucker und Peptonzusatz, wird für alle Fälle von hochsitzender Darmfistel empfohlen. — (Diss., Erlangen 1905.)

Therapeutischer Wert der Aetherkompressen in der Behandlung der inkarzerierten Hernien. Von E. Curti. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Bis jetzt sind nur günstige Berichte über die Behandlung inkarzerierter Hernien mit Aetherkompressen nach Flessinger (Journ. des Pacticiens, 1. Dezember 1900) publiziert. Vf., der in der Behandlung inkarzerierter Hernien eine große Erfahrung besitzt, hat die Methode in zwei Fällen benützt und in beiden einen Mißerfolg erlebt, so daß er doch noch zur Operation schreiten mußte. Er warnt daher eindringlich vor blindem Vertrauen zu der Methode, in der Besorgnis, daß dadurch in manchem Falle die günstige Zeit für die Operation verpaßt würde. Er weist auch darauf hin, daß, wenn eine gewisse Zeit (höchstens 36 Stunden) nach der Einklemmung verflossen ist, die Kompressen nicht mehr versucht werden dürfen, ferner auch, daß sie bei gewissen Arten von Hernien, z. B. Netzhernien, überhaupt nutzlos sind. — (Gazz. degli-osped., 3. Jänner 1906.)

Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses. Ueber 97 Magenresektionen wegen Karzinom mit Berücksichtigung der Fernresultate hinsichtlich Radikalheilung und Wiederherstellung der Magenfunktionen. Von Hermann Matti. Ref. Fritz Loeb, München.

In seiner umfangreichen (94 Seiten) Dissertation aus der chirurgischen Klinik und Privatklinik von Professor Kocher in Bern kommt Matti zu folgenden Schlußsätzen: 1. Magenkarzinom ist auf operativem Wege dauernd heilbar. 2. Es besteht begründete Aussicht, daß die Dauerheilungen erheblich häufiger werden, wenn man die Operation bei guter Diagnose in einem Frühstadium ausführen kann, und bei Verdacht von Carcinoma ventriculi sich zeitig zu einer Explorativinzision entschließt.

Die Magenresektion ist entsprechend den Fortschritten der modernen aseptischen Operationstechnik in den Händen eines geübten Operateurs zu einem relativ ungefährlichen Eingriff geworden. Wo immer ausführbar, ist der Kocherschen Methode der Resektion mit nachfolgender Gastroduodenostomie der Vorzug zu geben, weil sie der physiologischen Norm am nächsten kommende Verhältnisse schafft und in Bezug auf direkten Operationserfolg keiner anderen Methode nachstehende, hinsichtlich der Dauerheilungen die besten, bis heute bekannten Resultate ergeben hat. — (Diss., Bern 1905.)

Gynäkologie.

Prophylaktische und therapeutische Anwendung des Antistreptokokkenserums. Von Dr. Fromme, Halle a. S. (Autorreferat.)

Vf. empfiehlt die prophylaktische Anwendung des Antistreptokokkenserums (Menzer) in der Gynäkologie vor Karzinomoperationen nach Wertheim, bei abdominaler Exstirpation der streptokokkenhaltigen Pyosalpinx, bei abdominalen Myomoperationen, bei denen die Scheide nicht frei von Entzündung ist, dann in der Geburtshilfe bei fiebernden Geburten. Die Dosierung des Serums betrug in diesen Fällen 10 cm³, 3—4 Stunden ante operationem subcutan gegeben, eventuell gleich nach der Operation nochmals 10 cm³. Die Anzahl der auf diese Art Immunisierten ist zwar noch klein, so daß bindende Schlüsse noch nicht gezogen werden können, doch glaubt Vf., einen günstigen Einfluß des Serums nicht nur durch die Anhäufung der spezifischen Schutzstoffe, sondern auch durch die gleichzeitig durch das Serum im Blute erzeugte Leukozytose nicht verkennen zu dürfen. Die seit Juli 1905 bis November 1905 in der Frauenklinik abdominal operierten Karzinome wurden sämtlich prophylaktisch immunisiert; es waren zwölf Fälle mit einem Exitus an Peritonitis.

Therapeutisch sah Vf. sehr gute Er-

Digitized by Google

folge des Menzer'schen Serums bei Endometritis streptococcica; er verfügt über 16 schwere und schwerste Fälle, die sämtlich geheilt wurden. Wenig Erfolg wurde bemerkt bei länger dauernden Infektionen, bei denen die Streptokokken auf Lymph- und Blutwegen weiter gewandert waren, also bei Septikämie und Pyämie. In diesen Fällen war oft ein schädlicher Einfluß des Serums nicht zu verkennen.

Bei allen puerperalen Infektionen muß die Diagnose „Streptokokkeninfektion" sowohl aus dem Ausstrichpräparat des Uterussekrets und aus der Bouillonkultur, als auch aus dem klinischen Bilde präzis gestellt werden. Günstigen Einfluß kann das Serum weiter haben bei Operationsperitonitiden im frühen Stadium, im späteren Stadium unter gleichzeitiger Wiedereröffnung und Drainage des Abdomens. — (Münch. med. Wochenschr., 1906.)

Der Magnet als diagnostisches Hilfsmittel und Heilmittel in der Gynäkologie. Von Prof. Hugo Sellheim, Freiburg i. B. Ref. G. Wiener, München.

Als diagnostisches Hilfsmittel, besonders bei Tumoren der Genitalorgane, empfiehlt Sellheim, um den Uterus zu lokalisieren, das Einlegen eines Eisenstiftes in das Cavum uteri. Durch Aufsetzen eines Magneten (Volkmann'scher Elektromagnet) auf die Bauchdecken wird der Uterus an dieselben herangezogen. Therapeutisch empfiehlt sich der Apparat vor allem bei Retroflexio uteri. Ein paar gute Zeichnungen verdeutlichen den Vorgang. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 11, 1906.)

Das Bier'sche Stauungsverfahren in der Gynäkologie. Von Dr. Kroemer, Gießen. Ref. G. Wiener, München.

Vf. bringt eine genaue Beschreibung nebst Abbildung des nach seiner Angabe bei W. Holzhauer, Marburg, angefertigten Scheidenspekulums (M. 3·50), mit welchem an der Gießener Frauenklinik die Bier'sche Stauung versucht wurde. Dieselbe verdiene hauptsächlich erprobt zu werden: 1. bei akuten Entzündungsvorgängen im Genitalschlauch, zur Lokalisierung des Infektionsherdes; 2. zur Behandlung der Folgeerscheinungen entzündlicher Prozesse: a) zur Erzielung aktivpassiver Hyperämie (Erweichung von Strukturen und Narben, Resorption von Infiltraten u. s. w.), b) zur Beseitigung passiver Hyperämie, dann aber in Verbindung mit Skarifikation. In der Geburtshilfe empfiehlt sich das Verfahren vielleicht zur Erweichung eines rigiden Muttermundes intra partum, sowie bei Subinvolutio uteri, dann aber auch in Verbindung mit Skarifikation. Zur Einleitung des Abortes hat sich das Verfahren nicht bewährt, könnte aber eventuell mit Blasenstich kombiniert werden. In einem Falle von schwerem Puerperalfieber mit Schüttelfrösten und hohem Fieber hat das Verfahren nach dem Versagen aller anderen Mittel einen sehr guten Erfolg gehabt, rasches Abfallen des Fiebers und völlige Heilung herbeigeführt. — (Zentralblatt f. Gynäkol., Nr. 4, 1906.)

Die graphische Methode in der Gynäkologie und ihre Anwendung zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. Von Privatdozent Dr. R. de Seigneux, Genf. Ref. G. Wiener, München.

Um sich ein richtiges Bild über Blutabgänge bei den Patientinnen zu verschaffen, hat der Vf. Tabellen in Form von 6 cm hohen und 43 cm breiten quadrillierten Papierstreifen herstellen lassen, welche er jeder Patientin beim ersten Besuche mitgibt, mit der Anweisung, jeden noch so kleinen Blutverlust in die dem Datum entsprechende Kolonne einzutragen. Nach Ablauf eines Jahres ergibt sich daraus eine vollständige Uebersicht über Regel- oder Unregelmäßigkeit der Menstruation, Dauer der einzelnen Periode, Zwischenraum von einer Periode zur anderen und Stärke der Blutverluste. Der weiße Fluß wird durch einen fortlaufenden horizontalen Strich bezeichnet. Da der Vf. die ersten klinischen Erscheinungen des Uteruskrebses „ausnahmslos" in atypischen Blutverlusten sieht, so findet er, daß die hier besprochene graphische Methode in der Bekämpfung desselben eine große Rolle zu spielen geeignet ist. Die Tabellen sollen bis zum 35. oder 40. Jahre alle sechs Monate, von da ab

Digitized by Google

alle drei Monate dem Arzte zur Ansicht gebracht werden. — (Zentralbl. f. Gynäkologie, Nr. 9, 1906.)

Geburtshilfe.

Ueber den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem vaginalen Kaiserschnitt. Von Dr. Rühl, Dillenburg. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. beschreibt vier Krankengeschichten, bei denen in der Hauptsache, trotz vorhergehendem vaginalen Kaiserschnitt, Schwangerschaft und Geburt gut verliefen. Der erste Fall, wo der vaginale Kaiserschnitt sehr schwer und mit einem Riß ins Parametrium kompliziert war, verlief ganz glatt. Im zweiten Falle mußte in der jetzigen Schwangerschaft eine narbige Adhäsion getrennt werden, die das Aufsteigen des Uterus verhinderte. Der weitere Verlauf der Gravidität und Geburt war normal. Im dritten Falle war eine manuelle Plazentarlösung erforderlich; im vierten Falle handelte es sich wegen mangelhafter Erweiterung und Rigidität der Zervix um eine ziemlich schwierige Geburt, die Erweiterung mit Bossi und kleine Zervixinzisionen nötig machte. Da der Vf. aber an der Hand der Anamnese nachweist, daß die Ursachen der diesmaligen Geburtsstörungen schon vor Ausführung des Kaiserschnittes bestanden, gelangt er zu dem Schlusse, daß der vaginale Kaiserschnitt keinen ungünstigen oder störenden Einfluß auf nachfolgende Geburten bedingt. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 11, 1906.)

Zur Kenntnis der intrauterinen Totenstarre. Von Dr. G. Sommer, Niedermendig. Ref. G. Wiener, München.

Entgegen der Ansicht von Ludwig Seitz, der in der Gesamtliteratur nur 23 einschlägige Fälle gefunden hat, erachtet der Vf. das Vorkommen der intrauterinen Totenstarre nicht für so sehr selten, da er in fünf Jahren bei kleiner geburtshilflicher Praxis (Vf. ist Augenarzt) drei derartige Fälle beschrieben hat. Daß die intrauterine Totenstarre auch ein großes praktisches Interesse haben kann, illustriert einer der Fälle, in welchem dieselbe ein unüberwindliches Geburtshindernis abgab. (Vf. hatte den Eindruck, „eine gliedersteife Holzpuppe“ in Händen zu haben.) Die Frau starb an Uterusruptur. Es soll deshalb in derartigen Fällen trotz Komplikationen (Fieber, Schüttelfröste) vor einem Eingriff immer die Lösung der Totenstarre abgewartet werden. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6, 1906.)

Ueber Clavin. Von Dr. Alfred Labhardt, Basel. Ref. G. Wiener, München.

In dem Frauenspital Basel-Stadt wurden mit einem neuen, aus dem Mutterkorne gewonnenen Präparate, dem Klavin, welches wehenanregend wirkt, erfolgreiche Versuche angestellt. Und zwar in 32 Fällen; davon treffen zehn die Eröffnungs-, respektive Austreibungsperiode, 20 die Plazentarperiode, und zweimal wurde das Mittel bei Abort gegeben. Das Klavin kann subkutan, sowie als Tablette per os verabreicht werden. Am besten eignet sich nach der Erfahrung vom Vf. die subkutane Applikation in der Einzeldose von 0·02 g. Zu empfehlen seien die von Merck in Darmstadt hergestellten, genau dosierten Tabletten, die mit etwas Wasser verrieben und dann injiziert werden. Die Dosis von 0·02 g findet der Vf. etwas zu gering, da dieselbe in den meisten Fällen 2—3mal verabreicht werden mußte, um eine kräftige Wirkung zu erzielen, und soll die Einzeldosis daher in der Klinik Herff von nun an vergrößert werden. Die ersten Kontraktionen treten meist schon nach 5—10 Minuten auf, die Dauer der Wirkung erstreckt sich auf zirka zwei Stunden. Das Klavin kann auch prophylaktisch vor einer entbindenden Operation bei Wehenschwäche gegeben werden. Unangenehme Nebenwirkungen des Mittels sind nicht beobachtet worden; es bildete sich zwar ein paarmal eine kleine Infiltration oder ein kleiner Abszeß an der Einstichöffnung, doch wird sich das leicht durch eine verbesserte Technik (sterile Lösungen in zugeschmolzenen Röhrchen) vermeiden lassen. Auch ist die Injektion absolut nicht schmerzhaft. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 3, 1906.)

Digitized by Google

Augenheilkunde.

Augenerkrankungen durch Autointoxikation. Von Prof. Elschnig. Ref. Jännet, Wien.

Eine Autointoxikation (endogene Toxikose) kann auf verschiedene Art erfolgen: 1. die intestinale (enterogene) Autotoxikose wird entweder durch krankhafte Affektionen des Digestionstraktes, welche zu abnormen Gärungs- und Zersetzungsvorgängen führen oder durch abnorme Veränderungen, welche durch Einwanderung von Darmparasiten hervorgerufen werden, bedingt; 2. die histiogene Autotoxikose wird a) durch Produkte des eigenen Stoffwechsels (Diabetes, Gicht, harnsauere Diathese, Urämie, Karzinom, Chlorose, Gravidität, Puerperium, Laktation u. s. w.); b) durch unzureichende physiologische Entgiftung des Körpers infolge Erkrankung bestimmter Organe, Schilddrüse, Leber, Nebennieren, Hypophysis (?) bedingt.

Während die histiogene Autotoxikose in der Pathologie des Auges genügend berücksichtigt wird — der Zusammenhang der Augenkrankheiten mit den in diese Gruppe gehörenden allgemeinen Leiden wurde ja schon vielfach betont und vollauf gewürdigt — geschah das bis dato bei der gastrointestinalen Autotoxikose nicht.

Vf. hat nun gerade diese Frage seit etwa 10 Jahren an seinem privaten Krankenmaterial studiert.

Es ist vornehmlich der nervöse Apparat des Auges sowie die Uvea und Korneosklera, welche bei gastrointestinaler Autointoxikation erkranken.

Augenmuskellähmungen, und zwar sowohl Lähmungen der interioren als auch der exterioren Augenmuskeln kommen bekanntlich nicht selten vor; äußerst selten ist die selbständige retrobulbäre Neuritis optici nach gastrointestinaler Autointoxikation.

Eine viel größere Bedeutung scheint dieser Aetiologie als unterstützendes Moment bei chronischer Alkohol- und Tabakintoxikation zuzukommen und meint Vf. in Uebereinstimmung mit Th. Sachs (Innsbruck), „daß in fast allen Fällen von Alkohol- und Tabakamblyopie schwere gastrointestinale Störungen vorhanden sind und daß anderseits schwere Trinker und Raucher von Sehnervenaffektionen verschont bleiben, so lange ihre Verdauung normal ist."

Dr. Schweinitz geht von derselben Ansicht aus — er hat auch in sechs Fällen von Tabakamblyopie Urobilin im Harn nachgewiesen. Deutsch berichtet über einen Fall von Neuralgia ophthalmica infolge gastrointestinaler Autointoxikation.

Auch beim Flimmerskotom schreibt Vf. Verdauungsstörungen eine wichtige Rolle zu.

Rezidivierende, meist marginale Keratitis, Episkleritis, insbesondere die Episkleritis periodica fugax, Skleritis und gewisse wohl charakterisierte Formen von Iridokyklitis (befällt nur ein Auge, tritt zu bestimmten Jahreszeiten in regelmäßigen oder unregelmäßigen Intervallen rezidivierend, als schwere exsudative Iridokyklitis auf oder auch ohne Hornhautveränderung, aber auch schleichende Formen von Iridokyklitis beider Augen kommen auf Grund dieser Aetiologie vor) auch ätiologisch leicht erklärliche Formen von Katarakta, ja einen Fall von Glaukoma bei einem neunmonatlichen Kinde und namentlich rezidivierende Hordeola sah Vf. im Gefolge gastrointestinaler Autointoxikation. Die Anamnese, die Harnuntersuchung, respektive der Nachweis von Indoxyl, Skatoxyl oder Aetherschwefelsäure im Harn bestätigen die bei der Untersuchung auftauchende Vermutung der Aetiologie, und diese in dieser nun eingeschlagene Therapie ist vom besten Erfolge. Es ist in solchen Fällen Regelung des Stuhlganges, Regelung der Diät und ausgiebige Darmdesinfektion indiziert, und zwar gibt Vf. 0·4—0·50 g Guajakolkarbonat 3—4mal täglich durch 4—6 Wochen, eventuell alterierend mit Karlsbader Kur. — (Wien. med. Wochenschr., Nr. 52, 1905.)

Digitized by Google

Dermatologie.

Lichttherapie.

1. **Experimentelle Beiträge zur Lichtbehandlung.** Von Frank Schultz. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1905.)
2. **Aktuelles zur Röntgen-Therapie.** Von J. H. Comroc. (Ann. Med. IX.)
3. **Zur Röntgen-Behandlung der Hautkrankheiten.** Von F. S. Burns. (Boston. M. and S. Journ. 1905.)
4. **X-Strahlenbehandlung gutartiger Hauterkrankungen.** Von R. Boggs. (Med. News 86. 820.)
5. **Röntgen-Behandlung des Krebses.** Von Djémil Pauha. (Revue et chir. 1905.)
6. **Ueber Hautepitheliome und deren Behandlung mit Finsenlicht.** Von J. H. Schlasberg. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 78, H. u. 3, 1906.)
7. **Ueber die Einwirkung von Röntgen-Strahlen auf tierische Gewebe.** Von R. Winternitz. (Arch. f. Derm. u. Syph. ibidem.)

Die augenfälligen Resultate bei Röntgenisierung der im Symptomenbilde der Mykosis fungoides rangierenden mannsfaustgroßen Tumoren, wie solche von Riehl, Janneson, Holzknecht, Carrier u. a. verzeichnet werden, bestimmten auch Vf. die der Arsentherapie trotzenden Geschwülste der Bestrahlung zu unterziehen. Hiebei konnte auch er beobachten, daß die Heilwirkung als das Produkt einer inneren Leistung, als Resorption eines resorptionsfähig gemachten Zellmaterials angesprochen werden kann. Zur näheren Feststellung des Vorganges hat Vf. die Bestrahlungsversuche von Kaninchen- und Hundehoden wieder aufgenommen, und zwar zum erstenmale vom chemischen Standpunkte aus. Diese Versuche ergaben fast sämtlich ein positives Resultat, indem der Stickstoffgehalt der abgebundenen bestrahlten Hoden größer war, als in den Kontrollhoden.

Im Einklange mit den Radiumversuchen von Neuberg und Schmidt-Nielsen, zieht Vf. (7) den Schluß, daß unter der Einwirkung der Röntgen-Strahlen sich eine chemische Veränderung im Gewebe vollzieht, welche sich als ein in Lösung gehen von Stickstoffkörpern nachweisen läßt. Selbst Eingriffe, welche das Gewebe so tief schädigen, wie die Abbindung sämtlicher Gefäße, lassen noch immer die gleichzeitige Einwirkung der Röntgen-Strahlen nachweisen. Die Versuche lehren des weiteren, daß sich der Chemismus des Gewebes schon in früherer Zeit ändert, mindestens eben so früh, als die histologische Untersuchung die Anfänge entzündlicher und degenerativer. Beeinflussung der Gewebe durch die Bestrahlung zutage gefördert hat. Welche chemischen Bestandteile der Zellen zuerst zerfallen und in Lösung gehen, kann wohl vorläufig nicht gesagt werden. Die dem Lezithin zugesprochene Rolle bei der Radium- und Röntgen-Wirkung gestattet noch keine definitive Beurteilung.

In Nachprüfung der bekannten Sensibilisierungsversuche von Dreyer, Neisser und Halberstätter, konnte Schultz (1) die dem Erythrosin zugeschriebenen Eigenschaften nicht bestätigen. Es gelang ihm zwar klinisch und histologisch eine deutlich entzündliche Reaktion des mit Erythrosin injizierten Kaninchenohrs nach der Bestrahlung festzustellen, doch glaubt er die Wirkung viel eher die nicht indifferente Erythrosinlösung als die chemische Strahlenwirkung verantwortlich machen zu müssen. Ebensowenig konnte eine bakterizide Wirkung des Finsenlichtes auf Tuberkelbazillen beobachtet werden, die lebenden Texturen inkorporiert wurden. Wohl aber wurde das Wachstum des letzteren beeinträchtigt, wenn Kulturen der Lichtwirkung ausgesetzt wurden.

Der Frage der primären Gewebsschädigung bei Strahleneinwirkung sehen wir auch Comroc (3) nähertreten, der die Hauptwirkung der Röntgen-Strahlen in einer Alteration der Blutgefäße erblickt. Eine der Arteritis obliterans ähnliche Veränderung der Intima soll zu einer Aushungerung (?) der Gewebe führen. Bei der therapeutischen Anwendung handle es sich zuerst um ein Stadium der Zerstörung: es kommt zu einer Nekrose der Zellen (Kerne wie Protoplasma verfallen der Auflösung) und Trabekeln, die in fettige Degeneration weitergeht und zu vermehrter Bildung elastischen Gewebes. (?!) Dann folgt ein Stadium des Wiederersatzes: Anregung der Bindegewebselemente, die Ausfüllung von Höhlungen und

Digitized by Google

Bildung gesunden Narbengewebes bewirkt.

Zieht man von diesen, zum Teil recht naiven Vorstellungen über pathologische Vorgänge ab, so verdienen immerhin die therapeutischen Indikationen Berücksichtigung, welche Vf. den X-Strahlen an der Hand eigener Erfahrung einräumt. Die besten Erfolge sah Comroe bei Epitheliomen ganz oberflächlichen Sitzes, die gleich Lupus mit harten Röhren beeinflußt werden sollen. Tiefsitzende Epitheliome mit freiliegendem Knochen zeigen vorübergehende Besserung, sollten jedoch stets dem Chirurgen zugewiesen werden.

An der Richtigkeit dieses Standpunktes vermag der Umstand nicht zu rütteln, daß sporadisch Fälle zur Mitteilung gelangen, welche die Tiefenwirkung der X-Strahlen zu erhärten trachten. Meist fanden sich hiebei um eine vorübergehende Epidermisation ulzeröse Defekte, die nach wenigen Monaten in ihr altes Stadium der Neoplasie oder Geschwürsbildung zurückfallen. So ist die Reserve nur allzusehr angebracht, wenn Djémil **(5)** die bei Drüsenkarzinomen der Mamma, Nasenepitheliomen und Magenkrebs erzielten Erfolge nur im Sinne von Palliativresultaten beleuchtet und den radikalen Erfolg nur für wenig fortgeschrittene Oberhautepitheliome geltend macht.

Bei der Unzulänglichkeit der Strahlenwirkung für sich allein hat in dem Lichtinstitute des Krankenhauses Sanct Goran **(6)** [Stockholm, Möller] eine Methode Eingang gefunden, welche sich des Finsenlichtes in Kombination mit Auskratzung bedient. Es wurden derart 19 für die Lichttherapie geeignet erscheinende Epitheliomfälle behandelt. Nach gründlicher Auskratzung unter Chloräthylanästhesie, Belichtung für eine Stunde 15 Minuten. Krankheitsdauer schwankte zwischen $^1/_2$ und 25 Jahren. Regionäre Lymphdrüsenschwellung nur in einem Falle. Das Neoplasma meist solitär, dreimal multipel, 16mal im Gesicht, zweimal am Rumpf, einmal am Fuß. Die histologische Diagnose beruht auf Krompechers Klassifikation. Von zwölf Epitheliomen entsprach eines dem E. spino-cellulare, die elf übrigen Fälle zeigen alle den Bau eines E. basocellulare, die in allen Stücken den Zellen der Basalschicht des Deckepithels gleiche Formelemente aufweisen. Die Zahl der Sitzungen erstreckte sich im Einzelfalle bis auf 31. Von vorläufig geheilten Fällen wurden zwei vor 2 Jahren, einer vor $1^1/_2$ Jahren, sechs vor 1 Jahre, drei vor $^1/_2$ Jahre, zwei vor 4 respektive 2 Monaten behandelt. Sichere Konklusionen auf Dauerheilung werden vorsichtigerweise nicht gemacht. Viele der angeführten Fälle haben auch in der Zwischenzeit wiederholt kleinere Rezidiven durchgemacht. Zwischen histologischem Bau und Behandlungserfolg waren keine Beziehungen festzustellen. Gute Begrenzung, geringe Ausbreitung, oberflächlicher Sitz sind Momente, welche einen günstigen Heilerfolg garantieren, wenn nach vorheriger Exkochleation die Finsen-Strahlen gegen die geringen Remanenzen ihr elektives Vermögen äußern. Anerkennung verdient die Objektivität der Schule Möllers, die trotz ihrer guten Erfolge die Exstirpation der Hautepitheliome als die rationellste Behandlungsmethode hinstellt, und nur dort, wo diese nicht geübt werden kann, dem Finsen-Verfahren den ersten Platz einräumt.

Unter den Hautveränderungen, die bei all ihrer Harmlosigkeit durch die hochgradige Entstellung, mit welcher sie verbunden sind, dem kurativen Handeln als ernst zu nehmendes Substrat dienen, ist die Akne obenan zu stellen. So ist es auch begreiflich, daß alle neueren physikalischen Heilbehelfe, unter diesen in erster Linie die Röntgen-Strahlen, auch gegen dieses Uebel ins Feld geführt werden. Nach unseren Erfahrungen nur mit höchst fraglichem Erfolg und einem, nach der kosmetischen Seite hin, nichts weniger als befriedigenden Effekt. Nur zu begreiflich erscheint es daher, wenn auch in der Richtung ein Rückzug der in die Front gestellten Heilversuche zu verzeichnen ist. Nach vierjähriger ausschließlicher Bekämpfung der Läsionsart gelangt Boggs **(4)** zur Ansicht, daß man nur die schwersten pustulösen Formen dem Röntgen-Verfahren zuführen sollte. In 25 Fällen bedurfte es schwerer entzündlicher Reaktionen, um eine Besserung des Prozesses zu erzielen,

Digitized by Google

wobei sich eine mehrmonatliche Exposition nötig erwies. N.

Die Behandlung der epithelialen Neubildungen mit Röntgen-Strahlen. Von C. Trevisanello. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat im ganzen neun Fälle mit Röntgen-Strahlen behandelt. Nach seiner Erfahrung üben dieselben eine sehr starke heilende Wirkung auf die Hautepitheliome aus, auch in veralteten Fällen, bei hochgradigen Zerstörungen, bei großer Ausdehnung nach Fläche und Tiefe. Bei der Behandlung wendet man zweckmäßig Strahlen von beträchtlicher Intensität an; nur bei oberflächlichen Formen ist eine mittlere Stärke vorzuziehen, um eine zu starke Tiefenwirkung zu vermeiden. Dabei ist mit großer Vorsicht darauf zu achten, daß die gesunde Umgebung der kranken Stelle vor der Einwirkung der Strahlen geschützt ist. Die Dauer einer Sitzung wird zweckmäßig auf 15 Minuten bemessen; man hält die ersten acht Tage täglich eine Sitzung und wartet dann zu. Eine Wirkung der Bestrahlung tritt nach verschiedener Zeit in Erscheinung. Neben den Hautepitheliomen, bei denen dieselbe am deutlichsten ist, und bei denen völlige und dauernde Heilungen erzielt werden können, kommen auch andere Epitheliomformen für die Behandlung in Betracht, und können dabei Besserungen erzielt werden, besonders wenn das Neoplasma sich an einer Stelle befindet, wo es der Einwirkung der Strahlen leicht zugänglich ist. Gegenüber den blutigen Eingriffen stellt sich die Radiotherapie sicher als eine lang dauernde Kur dar; aber ihre Erfolge sind schließlich dieselben; gelegentlich muß der Epitheliomheilung noch ein chirurgischer Eingriff, z. B. eine Plastik, folgen. — Von den Fällen des Vf.s war der erste, ein mächtiges Karzinom des Gesichtes, $1^1/_2$ Jahre nach Beginn der Behandlung noch geheilt; der zweite, ein Tumor der Tuba Eustachii, starb bald, der dritte, ein Karzinom der Zungenwurzel, wurde ganz wesentlich subjektiv wie objektiv gebessert; der vierte, ein Epitheliom der Oberlippe, war nach 21 Sitzungen geheilt; ein weiterer, ein Rezidiv eines operierten Epithelioms des unteren Augenlids, war nach 25 Sitzungen geheilt, bekam ein leichtes Rezidiv, das aber auch nach 12 Sitzungen verschwunden war; der sechste Fall, ein bereits zum drittenmale rezidivierendes Epitheliom der Nasenwurzel, kam mit 14 Sitzungen zu jetzt seit einem Vierteljahre anhaltender Heilung; ein siebenter Fall von Epitheliom der Kopfhaut stand zur Zeit der Veröffentlichung noch in Behandlung, ebenso ein Fall von Lippenkankroid; der letzte Fall, ein Ulcus rodens der Wange, war nach 25 Sitzungen abgeheilt. — (La Clin. Med. Ital., Bd. 44, H. 9, 1905.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Gonorrhoische Lymphangitis und Gonokokkenmetastasen ohne nachweisbare Schleimhautgonorrhöe. Von Fr. Schulz. Ref. E. Deutsch, Wien.

Ein Kranker stellt sich drei Tage post coitum mit lebhaften Schmerzen in der Symphysengegend vor; daselbst läßt sich an der Peniswurzel ein strangförmiges, druckempfindliches, $1^1/_2$ cm langes Infiltrat nachweisen, kein Ausfluß aus der Harnröhre, im klaren Urin zwei Fädchen, die aus Eiterkörperchen und Epithelien bestehen, doch gibt Patient an, nie an Gonorrhöe gelitten zu haben. Bereits wenige Tage später tritt ein fieberhafter Zustand ein, außer dem erwähnten Infiltrat findet sich die Gegend des rechten Musculus deltoideus leicht geschwollen, stark druckempfindlich, die Haut gerötet, am folgenden Tage Schwellung des Phalangometakarpalgelenkes des rechten Mittelfingers, zehn Tage nachher Schwellung des rechten Fußrückens. Inzwischen geht unter Wärmebehandlung der Strang am Penis langsam zurück, dagegen zeigt sich eine neuerliche Schwellung am rechten Handrücken, die in der Mitte das Gefühl deutlicher Fluktuation gibt und ungefähr vier Wochen nach Beginn der Erkrankung zunächst steril punktiert und schließlich inzidiert wird, wobei übrigens kein Eiterherd, sondern ein teigig-weiches Gewebe gefunden wurde. Die gewonnene Punk-

Digitized by Google

tionsflüssigkeit ergibt in den Ausstrichpräparaten gramnegative, intraleukozytäre Diplokokken, auf Serumagar waren nach 24 Stunden typische Gonokokkenkolonien gewachsen. Es ist also nach dem mikroskopischen und kulturellen Befund zweifellos, daß es sich um eine gonorrhoische Erkrankung an der Hand handelte und daß die anderen rheumatischen Erscheinungen ähnlich gedeutet werden müssen. Das Infiltrat am Penis ist wohl als gonorrhoische Lymphangitis zu bezeichnen. Woher stammen aber die Gonokokkenmetastasen?

Der Autor zieht drei Möglichkeiten heran; zunächst konnte eine alte, nicht beachtete Gonorrhöe vorgelegen haben, dafür spricht das Vorhandensein der Fäden. Tatsächlich scheint auch diese Annahme vom Autor am schwächsten widerlegt. Er verläßt sich in dieser Beziehung auf die Angabe des intelligenten Kranken, der von einer vorausgegangenen Gonorrhöe nichts weiß, zieht zur Erklärung der vorhandenen Fäden die Arbeiten über nicht gonorrhoische Urethritis heran und betont endlich die große Unwahrscheinlichkeit, daß von einer alten, derart chronischen Gonorrhöe eine akute Lymphangitis ausgehen sollte. Der Autor vergißt hiebei, daß man tatsächlich von solchen alten, scheinbar ausgeheilten Gonorrhöen doch zuweilen eine akute Epididymitis entstehen sieht, die wohl auf eine Linie mit der Lymphangitis zu setzen wäre. Um eine frische, chronisch einsetzende Gonorrhöe dürfte es sich nicht gehandelt haben, weil trotz wiederholter Untersuchungen bei Unterbleiben jeder Lokalbehandlung nie Gonokokken gefunden wurden.

So bleibt für den Autor nur noch die dritte Möglichkeit, Infektion der Lymphgefäße von der Haut aus; dafür spreche das rasche Auftreten des Lymphstranges, 4 Tage post coitum, ferner der Umstand, daß die Schwellung bloß den proximalen Teil des dorsalen Lymphgefäßes betraf, endlich das Fehlen einer lebhafteren Schleimhauterkrankung. Wir wissen allerdings von einer Lymphgefäßgonorrhöe ohne Schleimhauterkrankung bis jetzt nichts, aber es sei nicht einzusehen, warum die Gonokokken nicht einmal statt von der Schleimhaut von der Haut aus in die Lymphgefäße eindringen könnten; es könnte sich das ja so abspielen, daß am Orte des Eindringens eine Follikulitis entstünde, aber auch das sei nicht notwendig, eine minimale Hautläsion könne das Eindringen auch ohne lokalen Geschwürsprozeß ermöglichen. Wie man sieht, ist die Annahme der sozusagen primären Lymphangitis sehr hypothetisch, und es wird jedenfalls dem Leser nicht leicht, sich den Suppositionen des Autors zu akkomodieren. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1906.)

Beitrag zur persönlichen Prophylaxe gegen Gonorrhöe. Von Karl Cronqvist. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Die Hauptanforderungen, die man an ein gutes Präventivmittel gegen Gonorrhöe stellen muß, sind: es muß bequem mitzuführen und zu handhaben sein, es muß lange und intim mit der Schleimhaut in Berührung kommen, und es muß unbegrenzt haltbar sein; gerade die letzte Eigenschaft fehlt aber vielen der zur Prophylaxe empfohlenen Präparate. Vf. empfiehlt als allen Anforderungen entsprechend ein Präparat „Antigon", das 2% Albargin enthält und in Stäbchen von 5 cm Länge, 3—4 mm Dicke in den Handel kommt. In die Urethra eingeführt, löst es sich auf und wirkt so wie eine frisch bereitete 2%ige Albarginlösung. — (Hygiea Nr. 2, Febr. 1906.)

Kinderheilkunde.

Ueber Buttermilch in der Behandlung des magendarmkranken Säuglings. Von Adolf Würtz. (Autorreferat.)

Auf Grund mehrjähriger Erfahrung an sehr großem Krankenmaterial wird über Gewinnung, Zusammensetzung und Indikationen der Buttermilch berichtet. Diese fettarme, saure und albuminreiche Nahrung, die als Konserve durch die Deutschen Milchwerke in Zwingenberg in den Handel gebracht wird und somit überall

Digitized by Google

und jederzeit anwendbar ist, verspricht gute Erfolge bei allen Verdauungsschwachen, bei denen sie durch ihren Säuregehalt zweifellos die Sekretion der Verdauungssäfte günstig beeinflußt. Der schwache Fettgehalt macht sie zu einem vorzüglichen Milchersatz bei all den Kindern, deren Verdauungsorgane den hohen Fettgehalt der Milch nicht zu bewältigen vermögen. Durch die chemischen Eigenschaften ihres Eiweißes, d. h. durch ihre relative Kaseïnarmut und den entsprechend größeren Albumingehalt besitzt die Buttermilch einen der Hauptvorzüge der Frauenmilch. Entsprechend diesen Indikationen ist die Anwendung der Buttermilch besonders dann erfolgversprechend, wenn die Fäces regelmäßig einer mikroskopischen Besichtigung unterzogen werden. Gerade auf diese Art der Untersuchung kann nicht dringend genug hingewiesen werden, da sie uns in den allermeisten Fällen eine Richtschnur für unser therapeutisches Handeln angibt.

Die Behandlung der Diarrhöe bei Kindern. Von Josef E. Winters, New-York. Ref. Einstein, Stuttgart.

Winters behandelt alle Formen von Diarrhöe bei Kindern von einem Gesichtspunkte aus, nur die echte Dysenterie schließt er als wesensverschieden aus. Die Diarrhöe ist eine reine Störung in der Ernährung; also vermeidbar. Die große Sterblichkeit rührt nach W. bei jungen diarrhoischen Kindern von der gänzlich verkehrten zerealen Kost her, die in diesem Alter noch nicht ertragen wird, bei älteren Kindern von der Ernährung mit Fleischbrühe, die nur reizend wirkt und keinen Nährwert hat.

Die Behandlung hat zuerst die reizende Ursache zu beseitigen; dies geschieht mit Rizinusöl, seltener — wenn sich reizende Massen im Darm festgekeilt haben — mit Opium. Das Oel wird eiskalt angewendet, 1 Tee- bis 1 Eßlöffel, je nach dem Alter. 2 Stunden vorher und nachher keine Nahrung. Dann folgt eine ein- bis dreitägige Wasserdiät, warm oder kalt, je nachdem die Kinder es vorziehen; zuweilen wirken einige Tropfen sehr warmen Wassers, die man alle 15 Minuten auf die Zunge träufelt, sehr günstig auf das Erbrechen ein. Nach dieser Zeit der Ruhe für den Darm beginnt man wieder mit Milch, die stark verdünnt wird. Für ein Kind von 3 Monaten z. B. empfiehlt Winters folgende Mischung: 1 Teelöffel Rahm von zirka 16 Stunden auf Eis gekühlter ungekochter Milch wird mit 30 g ungekochtem, filtriertem Wasser und 2 Teelöffeln Kalkwasser verdünnt; davon bekommt das Kind alle 4 Stunden 30 g, dazwischen — also nach 2 Stunden — gibt man ebensoviel Wasser. Mehr Wasser würde leicht Atonie des Magens verursachen. Allmählich wird die Milchmenge vorsichtig erhöht; ältere Kinder bekommen schon von Anfang an etwas mehr. Erst im zweiten Jahr sind bei diarrhoischen Kindern vegetabile Nährstoffe am Platz, die nur mit Wasser in Form von Schleim oder als Brei mit wenig Butter und Salz zuzubereiten sind.

Für subakute und chronische Fälle empfiehlt Winters Brust- oder kondensierte Milch, letztere auch in starker Verdünnung mit Kalkwasser. Im zweiten Jahr sind auch hier Zerealien das beste.

Die Behandlung mit oft wiederholten Klysmen ist zu verwerfen. — (The med. News, 15. Juli 1905.)

Beitrag zur Kenntnis des Grocco'schen paravertebralen Dreiecks bei der serösen Pleuritis des Kindes. Von A. Vignola. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Das von Grocco 1902 zuerst beschriebene Symptom besteht in einer dreieckigen Dämpfung hinten am Thorax auf der exsudatfreien Seite. Die innere Seite des Dreiecks wird gebildet von der Linie der Dornfortsätze bis zur Höhe der oberen Exsudatgrenze, die Basis von der unteren Grenzlinie des Lungenschalls, von der Mitte 3—6 cm nach außen reichend, die Hypotenuse bildet die Verbindungslinie der Endpunkte beider Linien. Das Dreieck ist stets ausgeprägter bei rechtsseitigem Exsudat; es wird größer und kleiner mit den Größenveränderungen des Exsudats, ja nach Ansicht eines Autors soll sogar die Abnahme des Exsudats sich zuerst an dem Dreieck kenntlich machen. Der

Digitized by Google

Hauptwert des Symptoms soll sein, daß es als sicheres Zeichen eines Ergusses gegenüber einer Infiltration betrachtet werden kann. Die Pathogenese des Symptoms kann man unter anderem in der Verschiebung des Mediastinums nach der gesunden Seite finden. Die italienische Literatur über den Gegenstand ist bereits sehr reich, und auch über das Vorkommen des Symptoms bei Kindern sind mehrere Veröffentlichungen erschienen. Vignola berichtet über seine Beobachtungen an drei Kindern, die ebenfalls wieder das Vorhandensein des Symptoms bei Kindern und das allmähliche Kleinerwerden des Dreiecks parallel dem Verschwinden des Exsudats zeigen. Ganz besonders interessant war ein Fall, in dem beim Uebergang eines serösen in ein purulentes Exsudat das Dreieck verschwand, da zu seinem Zustandekommen ein ganz flüssiges Exsudat nötig ist. — (Gazz. degli osped. Nr. 18, 1906.)

Angeborene Hypertrophie und Dilatation der Flexura sigmoidea. Von W. F. Brook. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Brook berichtet über einen Fall von Hirschsprung'scher Krankheit. Eine 21jährige Frau, die von ihrer Geburt an stets an schwerster Stuhlverstopfung gelitten hatte, bemerkte seit zirka $1^1/_2$ Jahren eine immer größer werdende Geschwulst in der linken Leibseite. Die Diagnose wurde auf Ovarialgeschwulst gestellt, und der Leib eröffnet. Dabei zeigte sich die Flexura sigmoidea ganz enorm erweitert durch stagnierende, völlig vertrocknete Kotmassen. Der Darm wurde inzidiert, die Kotmassen auseinandergebrochen und extrahiert, dann der Darm eingefaltet und in drei Etagen vernäht. Die Kranke machte eine ungestörte Rekonvaleszenz durch und hat jetzt bei Bauchmassage und gelegentlichen Abführmitteln regelmäßigen Stuhl. — (The Brith. med. Journ., 1905.)

Ueber Enteritis hämorrhagica neonatorum. Von Claude Souhet. Ref. Rosenbaum, München.

Souhet beschreibt eine Form von Darmkatarrh bei frühgeborenen oder schwächlichen Neugeborenen, meist in schlechten hygienischen Verhältnissen, der akut auftritt mit reichlichen Diarrhöen, Erbrechen und rapidem Verfall. Man findet manchmal im letzten Stadium der Erkrankung blutiges Erbrechen oder Abgang von Blut aus dem Darm, meist stirbt das Kind vorher; dann kann man bei der Autopsie in den oberen Partien des Dünndarms große flächenhafte Blutungen finden. Die Krankheit ist wahrscheinlich infektiösen und epidemischen Charakters. Die Therapie kann nur in der Vermeidung aller Schädlichkeiten für die Ernährung und Verdauung des Säuglings liegen, also lediglich prophylaktisch sein. — (Thèse de Lyon, 1904.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber den therapeutischen Wert des Fukol berichtet Ludwig Seyler in der Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 14, 1906. Nach seiner Erfahrung ist das Fukol wegen seines natürlichen Jodgehaltes ein brauchbares Heilmittel gegen Struma und andere Zustände, bei welchen Jodbehandlung indiziert ist. Es ist ein gleichwertiger und billiger Ersatz der teuren Schilddrüsenpräparate. An sich stellt es ein hochwertiges Nähr- und Kräftigungsmittel vor, das bei entwicklungshemmenden Konstitutionskrankheiten, bei allen schwächenden oder mit direkten Ernährungsstörungen verknüpften Erkrankungen einzelner Organe einen kräftigen, aber nicht extravaganten Fettansatz bewirkt, damit den Ausfall in der Eiweiß-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

zufuhr in gewissem Grade deckt, bezw. eine übermäßige Stickstoffausscheidung verhindert und so den Stoffwechsel günstig beeinflußt. Das Fukol ist ein ausgezeichneter Ersatz für Lebertran und andere Kraftnahrungspräparate. Speziell ist es indiziert für die bei Magen- und Darmerkrankungen empfohlenen Oelkuren und für die Oelbehandlung der Cholelithiasis. Es ist ferner ein gutes und zweckmäßiges Substrat für öllösliche Medikamente in Erkrankungsfällen, wo außer bestimmter Heilwirkung eine Hebung des Ernährungszustandes wünschenswert ist, so für Kreosot und seine Derivate, Eisen, Phosphor, Kalk- und Natronsalze. Für letztere Medikation eignet sich besonders eine Emulsion nach folgendem Rezept:

Rp.	Fucol.	150·0
	Emuls. Dr. Brüggemann	8·0
	Calc. hypophosph.	aa 2·5
	Natr.	
	Saccharin.	0·01
	Ol. Menth. pip.	gtt. 1
	Ol. Citri	gtt. 2
	Natr. chlor.	1·5—2·0

M. f. Emulsio.

D. S. Dreimal täglich ein Kaffeelöffel bis ein Eßlöffel voll.

Diese Emulsion hat milchartiges Aussehen und läßt sich wegen des aromatischen Geschmackes, den der Zusatz ätherischer Oele bedingt, tadellos nehmen, wie Vf. selbst erprobte. Es ist ein nicht zu gering einzuschätzender Vorteil, daß das Fukol und seine Kombinationen dem normalen Geschmacke Genüge tun. Nach der Meinung des Vfs. ist das Fukol berufen, den Lebertran zu verdrängen.

Bivol heißt ein neues Salizylsäurepräparat der chemischen Fabrik von Heyden.

Indikationen: 1. Als Antirheumatikum: 1. Zeltchen Bivol (0·7—0·75 g) ersetzt 1 Tablette Azetylsalizylsäure (zu 0·5 g). Bivol ist in den rheumatischen Fällen anzuwenden, wo gleichzeitig Reizerscheinungen des Verdauungskanals auftreten.

2. Als Magen- und Darmantiseptikum an Stelle der üblichen Wismutpräparate, wie Wismutsubnitrat oder Wismutsalizylat; ein Vorzug vor letzteren soll die promptere und stärkere Wirkung sein.

3. Als Prophylaktikum bei Gesunden, welche infolge Salzsäuremangels etc. an übermäßiger Gasbildung leiden und zu Gärung und Fäulnis der genossenen Speisen und zu Durchfall neigen; bei Beginn der Beschwerden im Leib 1 Zeltchen! Gesunde mit schwachem Magen schützen sich auch selbst nach übermäßigem Genuß unbekömmlicher Speisen und Getränke vor verdorbenem Magen durch Einnehmen von 1 Bivolzeltchen. Bivol ist im Vergleich zu dem so häufig benützten Antipyretizis ein unschädliches, wirksames Katermittel, falls es prophylaktisch, am besten eine halbe Stunde vor dem Zubettgehen, genommen wird.

Bivol ist eine Verbindung von 1 Atom Wismut mit 2 Salizylsäure und zerlegt sich schon durch kochendes Wasser und sicher im Magen in 1 Molekül Salizylsäure, welche in dem Maße, wie sie entsteht, resorbiert wird und zur Wirkung gelangt, und in 1 Molekül des gewöhnlichen Wismutsalizylats, einer Verbindung aus 1 Wismut und 1 Salizylsäure. Diese letztere Salizylsäure aber wird nicht im Magen, sondern hauptsächlich erst im Darmtraktus abgespalten und resorbiert, wirkt also mit der Hälfte der Salizylsäure im Magen und vom Magen aus mit der Hälfte im Darm, während das bekannte Wismutsalizylat in der Hauptsache erst vom Darm aus mit seinem Salizylsäuregehalt zur Wirkung gelangt. Deshalb zeichnet sich das Bivol durch doppelten Salizylgehalt und schnelle Absorption der einen Hälfte der Salizylsäure, langsamere Absorption der anderen Hälfte der Salizylsäure aus und eignet sich infolgedessen nicht bloß als Wismutmittel, sondern vor allem auch als schnell und stark wirkendes Salizylmittel.

Das **Proponal** wurde von Lilienfeld (an dem Sanatorium für Nervenkranke zu Groß-Lichterfelde) in zirka 150 Einzeldosen bei einigen 20, an den mannigfachsten Formen der Schlaflosigkeit

Digitized by Google

leidenden Personen angewandt. Vf. schließt sich auf Grund der dabei gewonnenen Erfahrungen der Empfehlung an, die von Mering (Halle) dem Mittel zuteil werden ließ. Dasselbe besitzt nach v. Mering eine erheblich stärkere hypnogene Kraft als Veronal. Auch Lilienfeld fand in der Mehrzahl seiner Fälle 0·25—0·3 g Proponal zur Erzielung eines ausgiebigen Schlafes vollkommen ausreichend; die Wirkung war also doppelt so stark, als die des Veronals. Die größte Einzeldosis betrug 0·5 g. Das Mittel wurde von allen Patienten, auch wenn sie es längere Zeit hintereinander nahmen, gut vertragen; schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Vf. gab es entweder als trockenes Pulver oder in kochendem Wasser gelöst; in beiden Fällen trat die Wirkung meist sehr schnell, oft schon nach 10—15 Minuten ein, was wohl auf die leichte Resorbierbarkeit der Substanz in dem alkalischen Darmsaft zurückzuführen ist. Die Patienten, die zumeist früher schon Veronal genommen hatten, waren mit dem neuen Mittel sehr zufrieden. Sie schliefen — nach 0·3 g — im allgemeinen 6—9 Stunden und fanden, daß der Schlaf im ganzen tiefer und traumloser sei, als der nach 0·5 g Veronal. Viele zogen es dem letzteren direkt vor, andere schliefen wiederum besser nach der entsprechenden Dosis Veronal. Wie nach fast allen Schlafmitteln, bestand auch nach Proponal bei manchen Kranken am nächsten Morgen noch ein gewisses Ermüdungsgefühl. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1906.)

Styptogan „Riedel". Zusammensetzung: Kaliumpermanganat 70, Kieselgur 28, Borsäure 2, Vaseline q. s. u. f. pasta. Eigenschaften: Schwarzbraune, in Tuben gefüllte Paste. Anwendung: Die Wirksamkeit des Präparats beruht auf der blutstillenden Wirkung des Kaliumpermanganats unter Vermeidung von Aetzungen oder Gewebszerreißung. Die Pastenform in feinster Verreibung ermöglicht ein leichtes Auftragen und Verteilen auf der Wundfläche und gewährleistet ein sicheres Haften. Man wendet das Styptogan daher an bei Riß-, Stich-, Quetsch- und Schnittwunden, vor allem auch bei kleinen, flächenhaften Blutungen, wie sie nach dem Abtragen von Warzen, spitzen Kondylomen etc. häufig vorkommen. Bei Nasenbluten und sonstigen nicht arteriellen Blutungen ist Styptogan ebenfalls ein handliches und prompt wirkendes Hilfsmittel. Hat man die Paste aus der Tube herausgedrückt, so wird sie mit einem kleinen Spatel, einer Myrtenblattsonde oder ähnlichem Instrument fest aufgedrückt. Man läßt sie dann so lange in innigem Kontakt mit der Wunde, bis die Blutung gestillt ist. — (Riedels Berichte 1906.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Benzosalin wird der Methylester der Benzoylsalizylsäure genannt, der nach K. v. Bültzingslöwen und P. Bergell analog der Azetylsalizylsäure als Antirheumatikum und Antineuralgikum in Dosen von 1 g mehrmals täglich empfohlen wird.

Blennorsan ist die neue Bezeichnung für das unter dem Namen Gonorylum früher empfohlene Präparat, welches als wirksamen Bestandteil 33%igen Ranjan-Fluidextrakt (von Ixora coccinea) enthalten und in Form von Tabletten bei Gonorrhöe angewendet werden soll. — (Pharm. Ztg., Nr. 15, 1906.)

Calcinol nennt Mackie das jodsaure Kalzium, welches als Antiseptikum empfohlen wird. Die Wirkung des Mittels beruht darauf, daß es im Kontakt mit fäulnisfähiger Substanz langsam Jod und Sauerstoff entwickelt. Auch als gastrointestinales Antiseptikum ist es verwendbar. Es ist geruch- und geschmacklos.

Codrenin ist eine Lösung von Kokainhydrochlorid und Adrenalin, welche in je 1 cm³ 0·02 g des ersteren und 0·00006 g Adrenalinchlorhydrat enthält und als lokales Anästhetikum und Hämostatikum gebraucht werden soll. Bei kleineren Operationen wendet man es unverdünnt an und injiziert etwa 0·5 cm³. Sollen größere Körperpartien anästhesiert werden, so verdünnt man das Codrenin 1:9 mit physiologischer Kochsalzlösung. — (Pharm. Ztg., Nr. 15, 1906.)

Cornutinum concentratum „Schäfer" wird als eine nahezu reine

Digitized by Google

Alkaloidlösung des Mutterkornes bezeichnet, „mit spezifischer Ergotasäure und wenig Extraktivstoff". Alle scharfen Stoffe des Mutterkornes, die Weichharze, indifferenten Stoffe, Harzsäuren und Gärungserreger sind entfernt. Das Präparat zeigt gleichen Koruntingehalt und dadurch bedingte zuverlässige gleichmäßige Wirkung. Dieselbe tritt ungefähr eine halbe Stunde nach der Darreichung ein. Man gibt 2 g (½ Teelöffel) pro dosi und wiederholt dies alle 10 Minuten. — (Pharm. Ztg., Nr. 20, 1906.)

Diabeteserin I ist eine Kombination von den Salzen des Trunecceck'schen Serums. (Die Kaliumsalze wurden hiebei wegen ihrer Wirkung auf das Cor durch die entsprechenden Natronsalze ersetzt und das durch seine Verwandtschaft mit Lezithin und dessen günstige Wirkung auf das Nervensystem bekannte Calc. glycerin. phosph. zugesetzt.) Mit 0·07% Physostigm. salic. 2 Tabletten entsprechen 0·0006 g Eserin und dem Salzgehalt von zirka 150 cm³ Blutserum.

Diabeteserin II besteht aus Diabeteserin I und einem Zusatz von 0·0115% (0·0001 g per 2 Tabletten) Atropin.

Enthymol heißt ein von Parke, Davis u. Co. als Flüssigkeit, Streupulver und in Tablettenform in den Handel gebrachtes neues Antiseptikum, welches aus Ol. Eucalypti, Ol. Gaultheriae, Extr. fluid. Wild. Indigo, Acid. boric., Menthol und Thymol in bestimmten Verhältnissen zusammengesetzt ist. Es soll weder giftig noch ätzend wirken, einen angenehmen Geschmack haben und sich sowohl zur innerlichen wie zur äußerlichen Anwendung eignen.

Formazol nennt C. Fr. Hausmann in St. Gallen ein „antiseptisches, oxydierendes Inhalationsmittel" für Lungen- und Kehlkopftuberkulose und chronischen Bronchialkatarrh, welches bei 80% Formolgehalt kleine Mengen von Jodoform, Chloralhydrat, Terpin und Menthol enthält. Das Präparat soll zu Inhalationen Anwendung finden.

Igazol. Pulverförmige Verbindung von Formaldehyd mit Trioxymethylen und einem nicht näher bezeichneten Jodkörper; zu Einatmungen empfohlen bei der Behandlung der Tuberkulose.

Jodolen ist ein Jodeiweiß mit 36% Jodgehalt, gelbliches, geruch- und geschmackloses Pulver, fast in allen Lösungsmitteln unlöslich. Empfohlen als Ersatz für die gebräuchlichen Jodpräparate; soll keine Intoxikation und Jodismus zur Folge haben.

Sulfopyrin, welches als Ersatzmittel für Migränin empfohlen wird, stellt nach Angabe der Fabrikanten (Ebert u. Meincke, Bremen) ein Antipyrinsalz der Paraamidobenzolsulfonsäure dar. Es stellt ein weißes, geruchloses Pulver dar, löst sich rasch in verhältnismäßig geringen Mengen Wassers. Die Einzeldosis ist 1 g, mehrmals täglich in einem halben Weinglas voll Wasser gelöst zu nehmen. — (Pharm. Ztg., Nr. 15, 1906.)

Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Eutannin wird als „ein der Gerbsäure chemisch nahe verwandter Körper" bezeichnet. Eine aromatische, ungesättigte Oxysäure. Eigenschaften: In kaltem Wasser unlösliches, in warmem Wasser wie in Alkohol leicht lösliches Pulver, welches den Magen unzersetzt passiert und erst unter dem Einflusse der Alkalinität des Dünndarmes in Gerbsäure ohne irgend ein Nebenprodukt zerlegt wird. Anwendung: Zu gleichen Teilen mit Milchzucker gemischt in Dosen von 0·25—0·75 dreimal täglich als Darmadstringens. — (Riedels Ber. 1906.)

Ferripton ist ein konzentriertes Eisenpräparat, welches tropfenweise in Wasser genommen oder subkutan injiziert werden soll. Es soll mit Erfolg bei den verschiedensten Formen von Blutarmut, Schwächezuständen etc. angewendet werden.

Kalodal hat H. Strauß für Zwecke der subkutanen Ernährung (100 cm³ einer 5%igen Lösung) wiederholt angewendet. Es wurde reaktionslos und ohne Eiweißausscheidung im Urin vertragen. Das einzelne Kalodalklysma war folgendermaßen zusammengesetzt: 1 l Wasser, 25 g Kalodal, 50 g Traubenzucker, 50 g Sahne, eine Messerspitze Kochsalz und dazu nach dem

Digitized by Google

Aufkochen 0·2 g Menthol oder 0·5 g Menthol oder 1 g Salizylsäure (eventuell auch 5—10 Tropfen Opiumtinktur). Diese Menge wurde nach einem morgendlichen Reinigungsklystier täglich ein- bis zweimal unter einer Druckhöhe von 25—30 cm verabfolgt. Die Mehrzahl der Patienten war in der Lage, das Klysma 3—4 Stunden zurückzuhalten, und im Stuhle wurde meist weniger als die Hälfte des eingeführten Mittels abgegeben. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1905.)

Lentin. Zusammensetzung: Metaphenylendiaminchlorhydrat, $C_6H_4(NH_2)_2 . 2\,HCl$. Eigenschaften: In Wasser, Alkohol und Aether lösliches, bei 63° schmelzendes Pulver. Anwendung: Bei Säuglingen und kleinen Kindern in Dosen von 0·01, bei Erwachsenen dreimal täglich 0·1 gegen Verdauungsstörungen, insbesondere gegen Durchfälle, Dyspepsien und Enterokatarrhe der Kinder. Starkes Darmantiseptikum. — (Riedels Ber.)

Nucleogen ist eine organische Phosphor-Arseneisenverbindung in Form von nukleinsaurem Arseneisen. Es kommt in den Handel in Form von Tabletten mit 0·05 Substanz und als sterilisierte Lösung in Röhrchen zu 1 cm³, enthaltend 0·1 g Substanz, durch Hugo Rosenberg, Physiol.-chem. Laboratorium in Berlin. — (Pharm. Post.)

Ollat ist eine von der Firma J. & G. Leinweber in Mainz in den Handel gebrachte Emulsion folgender Zusammensetzung: Feuchtigkeit 12·3%, Fett 46·2%, Eiweiß 15·1%, Kohlehydrate 22·3%. Der Gehalt an Phosphorsäure ist ebenso groß wie bei Scotts Emulsion. Daneben enthält Ollat noch natürliche Blutsalze.

Pilulae Colae comp. Hell enthalten pro dosi die wirksamen Bestandteile je eines Teelöffels des bekannten Sirup. Colae comp. Hell.

Zymphen, metaoxycyanzimtsaures Natron, bildet gelbliche, tafelförmige, in Wasser und Alkohol leicht lösliche Kristalle, die bei 229° unter Zersetzung schmelzen. Es soll vornehmlich bei Magenkrankheiten als den Appetit und die Verdauung anregendes Tonikum Anwendung finden. Als mittlere Dosis gibt Fiquet 0·05 g an. — (Pharm. Post, 1906.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

I. Neuere Mittel.

Antivenin. Zusammensetzung: Serum von Tieren, welche gegen Schlangenbiß immun gemacht sind.

Cardin. Zusammensetzung: Extrakt aus dem Herzmuskel von Rindern. Anwendung: Als herzstärkendes Organpräparat.

Dysenterie-(Ruhr-)Heilserum. Das staatliche serotherapeutische Institut in Wien gibt vorläufig nach Maßgabe des Vorrates ein an Kaninchen geprüftes, von Pferden gewonnenes Dysenterie-(Ruhr-) Serum ab, welches durch seinen Gehalt an spezifischem Antitoxin zur Behandlung der vom Bazillus Shiga-Kruse erzeugten endemischen Dysenterie (Ruhr) geeignet erscheint, indem es die von diesem Bazillus erzeugten Toxine nicht nur in vitro neutralisiert, sondern auch im Tierkörper unschädlich macht. Es wurde bei Menschen von Dr. Karlinski in Cajnica (Bosnien), Prof. Rosculetz in Jassy, Dr. Jehle (Klinik Prof. Escherich) in Wien mit Erfolg angewendet. Nach den bisherigen Erfahrungen ändert sich das Krankheitsbild nach der Injektion innerhalb 24 Stunden, indem die Schmerzen aufhören und das Allgemeinbefinden sich bessert. Es wird subkutan in die Bauchgegend injiziert. Behandlungsdosis 20 cm³. Zur Schutzimpfung dürften 5 cm³ hinreichen. Das Serum hat keinen Zusatz eines Antiseptikums. — (Pharm. Post, 1906.)

Eukinase ist ein aus dem Duodenum des Schweines isoliertes Ferment und bildet ein gelbes Pulver, das als wirksames Prinzip die Enterokinase Pawlows enthält. Findet Anwendung bei darniederliegender Darmverdauung.

Gasterin. Zusammensetzung: Aus Magenfisteln von Hunden gewonnener Saft mit angeblich 4% freier Säure. Anwendung: Als Pepsinpräparat.

Gasterogen nennt das Chemische Laboratorium Weydenberg in Berlin ein Präparat aus Hundemagensaft zur Hebung des Appetits und der Verdauung. Das Präparat wird auch mit Zusätzen von

Digitized by Google

5% Rad. Rhei oder 5% Cort. Chinae oder 10% Cort. Condurango geliefert.

Gastromyxin. Zusammensetzung: Präparat aus der Schleimhaut des Rindermagens. Eigenschaften: Gelbgraues, aromatisch riechendes Pulver. Anwendung: Als verdauungsbefördernde Mittel. Pepsinpräparat.

Glandulae Thymi. Zusammensetzung: Nach Merck gepulverter Thymus von Kälbern und Schafen. 1 Teil = 6 Teilen frischer Drüse. Jodhaltig. Anwendung: Bei Struma, Morbus Basedowii und Myopathie in Dosen von 2·5—5·0. Auch in Tabletten à 0·05 g.

Glandulen. Zusammensetzung: Ein aus den Bronchialdrüsen von Hammeln hergestelltes Organopräparat. Anwendung: Mit Milchzucker in Tabletten zu zirka 0·26 komprimiert gegen Tuberkulose, mehrmals täglich 1—5 Tabletten. Die Einführung dieses Mittels basiert auf der Erfahrung, daß Hammel sehr selten an Tuberkulose erkranken.

Ixodin. Zusammensetzung: Ein mittels physiologischer Kochsalzlösung erhaltenes Extrakt aus Holzzecken. Anwendung: Als Blutstillungsmittel.

Lactoserum (Blondels Serum). Zusammensetzung: Ein aus Kuhmilch gewonnenes Serum, bereitet durch Fällen des Kaseins mit Säure, Neutralisieren des Filtrats mit Soda, Filtrieren durch Porzellankerzen und Abfüllen in sterile Gläschen unter Kohlensäuredruck. Anwendung: Zu subkutanen Injektionen behufs Herabminderung des Blutdrucks. Dosis subcutanea mehrmals täglich 10 bis 50 und mehr Kubikzentimeter. — (Riedels Ber.)

Liquor Thyreoideae conservatus. Eine aus frischen Schilddrüsen, welche zuvor mit Jodkali gefütterten Tieren entnommen werden, hergestellte Lösung. 6 cm^3 = 1 Schilddrüse.

Myoserum (Succus musculare, Serum musculare). Zusammensetzung: Durch starken Druck aus Rindfleisch ausgepreßter Fleischsaft, welcher 10·5% Gesamtstickstoff enthält. „Das Myoserum ist nicht durch Chlornatrium oder Magnesiumsulfat, sondern durch Ammonsulfat gewonnen." (Ph. Zentralh.) Wirkt in das Blut gebracht giftig. Anwendung: Als Roborans bei Tuberkulose.

Pancreaden. Zusammensetzung: Mit Kalziumkarbonat dargestelltes Pankreaspräparat, von welchem 1 Teil 2 Teilen frischer Drüse entspricht. Anwendung: Zu 1—4 g bei Diabetes.

Pankreatokinase. Zusammensetzung: Eine Mischung von Eukinase (s. o.) mit Pankreatin. Anwendung: An Stelle von Pankreatin.

Pankreon. Zusammensetzung: Ein durch Einwirkung von Tannin auf Pankreatin hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Graues, geruchloses Pulver von starker Verdauungskraft. Anwendung: Mehrmals täglich 1·0 bei darniederliegender Trypsinverdauung.

Phthisintabletten. Zusammensetzung: Mit Schokolade bereitete Tabletten, welche je 0·25 g Bronchialdrüsensubstanz enthalten. Anwendung: Gegen Erkrankungen der Luftwege empfohlen.

Pulmonin. Zusammensetzung: Ein Extrakt aus frischen Kalbslungen in Tablettenform. Anwendung: Gegen eine Reihe Erkrankungen der Luftwege empfohlen. Täglich bis 10 Tabletten zu nehmen.

2. Präparate aus Gehirnsubstanz.

Cerebrin (auch Cerebrinin genannt) ist eine aus dem Gehirn von Kälbern dargestellte, stickstoffhaltige, phosphorfreie Substanz. Eigenschaften: Gelblichweißes Pulver. Physiologisches Präparat. Cerebrin als opotherapeutisches Präparat wird aus der grauen Gehirnsubstanz bereitet. Es wird in Tabletten à 0·2 und 0·3 g nach Merck angewendet bei Chorea, Hysterie, Agrypnie, Alkoholismus, Anämie, Chlorose mit Gehirnsymptomen, Aufregungszuständen der Epileptiker, Brachykardie.

Cerebrum siccatum. Zusammensetzung: Nach Merck entfettete und getrocknete graue Gehirnsubstanz von Kälbern. 1 Teil = 5 Teile frischen Organs. Anwendung: Bei Neurasthenie, Psychosen, Chorea, Agoraphobie. Dosis 2—4 g pro die.

Hypophysis cerebri. Zusammensetzung: Nach Merck getrockneter

Digitized by Google

und gepulverter Gehirnanhang von Rindern. 1 Teil = 6 Teilen frischen Organs. Anwendung: Gegen Akromegalie in Dosen von 0·1—0·3 mehrmals täglich. Auch in Tabletten à 0·1.

Kephalopin. Zusammensetzung: Ein öliger, auf kaltem Wege dargestellter Auszug frischen Gehirns. Anwendung: Gegen Epilepsie, Veitstanz und Nervenleiden. — (Riedels Ber.)

Lecithcerebrin und Lecithmedullin sind Lecithinpräparate, die aus dem Gehirn bezw. aus Knochenmark dargestellt wurden. Nach Martell soll ersteres besonders als Sedativum und Hypnotikum auf das Nervensystem wirken (Lecithcerebrinsalbe), das zweite bei Herzneurosen, aber auch bei Mitralstenosen, sogar bei beginnendem Lungenödem und als Diuretikum bei kardialem Aszites, weiter als Tonikum bei verschiedenen Affektionen der Unterleibsorgane. Darm- und Blasenschwäche, Wehenschwäche, Impotenz, Fettsucht u. s. w.

2. Behandlungsmethoden.

Behandlung der Arteriosklerose.

In seinen kritischen Betrachtungen über das Wesen und die Therapie der Arteriosklerose berichtet Regimentsarzt Dr. Hotys (Med.-Chir. Zentralbl., Nr. 3, 1906) über die vorzüglichen Resultate, die er erzielte durch die Anwendung des in letzter Zeit sich immer mehr Eingang in den Arzneischatz des Praktikers verschaffenden Antisklerosin. Er erprobte das Mittel in einer Reihe von Fällen, sowohl beginnender als auch weiter vorgeschrittener Arteriosklerose und bestätigt einerseits die bisherigen Beobachtungen aus eigener Erfahrung, anderseits fügt er hinzu, daß er auch das Schwinden objektiver Symptome und Besserung anatomischer Veränderungen an den Organen selbst bei noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen beobachten konnte.

Eine Anzahl von Krankengeschichten beweist dies. In seinem Resumé über die Antisklerosinbehandlung bezeichnet er diese als ein ausgezeichnetes Prophylaktikum bei beginnenden Fällen von Arteriosklerose und als ein Therapiemittel, welches auch vorgeschrittenere Fälle sehr günstig beeinflußt durch Beseitigung der subjektiven Beschwerden, was von der bisher üblichen Behandlung nicht gesagt werden könne. Das Präparat verdient demnach eine allgemeine Anwendung.

Collargol bei Meningitis.

Papillon und Eschbach berichten in der Société de Pédiatrie, Paris (Bulletin Médical, Nr. 6, 1906) über einen mit hohen Abendtemperaturen und starken morgendlichen Remissionen verlaufenden Fall von Meningitis, in welchem sie 4 cm³ einer 1%igen Kollargollösung in den Wirbelkanal injizierten. Die Injektion war in einem Augenblick gemacht worden, wo die meningitischen Symptome bedrohlich wurden, und hatte den Erfolg, daß am anderen Tage die Temperatur zurückging und die Krankheitssymptome an Heftigkeit verloren. Nach einigen Tagen erfolgte neuerlicher Temperaturanstieg, worauf dasselbe Quantum injiziert wurde. Daraufhin trat ein rascher Sturz des Fiebers ein und einige Tage später konnte das Kind als geheilt angesehen werden. Netter empfiehlt Einreibungen mit Ungt. Credé, im Notfalle intravenöse Injektion von Kollargol. Irgend welche Nachteile von der intrarachnoidalen Injektion hat er nie gesehen. Friedel (Progrès Médical, Nr. 30, 1905) empfiehlt im Anschluß an die Meningitisepidemien in Deutschland und Amerika Einreibungen mit Ungt. Credé (mehrmals des Tages 3 g in die gereinigte Haut) oder intravenöse Injektionen von 5—15 cm³ der 2%igen oder 3—9 cm³ der 5%igen Kollargollösung. Schirmer (New-Yorker med. Monatsschr., Nr. 10, 1905) hat schon 1898 die guten Resultate seiner Kollargolbehandlung veröffentlicht und verlangt neuerdings fortgesetzte Darreichung von Kollargol in hohen Dosen, sei es als Einreibung, sei es rektal oder intravenös.

Wolffenstein empfiehlt das Wundpulver **Zinkperhydrol** (Verbindung des Zinks mit Perhydrol) als nicht reizendes, durchaus ungiftiges Präparat, welches als

Digitized by Google

Salbe, bezw. Paste in verschiedenartigster Anwendungsform bei aseptischen wie infizierten Wunden — speziell bei Beingeschwüren und Brandwunden — gute Dienste leistet.

Das Zinkperhydrol bewährte sich in folgenden Zusammensetzungen:

Rp. Zinkperhydrol } āā 12·5
Amyli tritici }
Vaselini americani ad 50·0
M. D. S. Paste. Aeußerlich.

Rp. Zinkperhydrol 5·0
Unguenti Lanolini ad 50·0
S. Salbe. — (Ther. Mon.-H. Nr. 11, 1905.)

Aronheim behandelt den **Morbus Basedowii** mit dem Antithyreoidin Moebius (Thyreoid-Terum). Er gibt in den ersten 20—25 Tagen:

Rp. Antithyreoidin-Moebius 4·0
Vin. Tockay (oder Syr. rub. id.) 20·0
Aqu. dest. 100·0
D. S. Dreimal täglich ein Teelöffel voll zu nehmen.

In den folgenden 20—25 Tagen:

Rp. Antithyreoidin-Moebius 6·0
Vin. Tockay (oder Syr. rub. id.) 20·0
Aqu. dest. 100·0
D. S. Ebenfalls dreimal täglich ein Teelöffel voll zu nehmen.

Nach dieser Zeit verordnet er das Präparat nochmals wiederholt in Tropfenform:

Rp. Antithyreoidin-Moebius 3·0
Vin. Tockay } āā 10·0
Aqu. dest. }
D. S. Dreimal täglich 25 Tropfen zu nehmen. — (Wien. klin. Rundsch. Nr. 4, 1906.)

Am Jeßner'schen Kinderspital in Bern hat Selma Feldbach Untersuchungen über **die Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Buttermilch** angestellt und gefunden, daß die Verordnung der Buttermilch von besonderem Erfolg begleitet war bei kleinen Kindern, die infolge von Darmstörungen im Gewicht sehr zurückgeblieben waren, bei denen jedoch zur Zeit keine schweren Darmsymptome mehr bestanden. Andere Ernährungsweisen mannigfacher Art waren der Ernährung mit Buttermilch vorausgegangen. Die Buttermilch leistete gutes bei einigen chronischen Magendarmerkrankungen in denjenigen Krankheitsperioden, in denen keine akuteren Schübe bestanden. Doch wurde bei diesen Fällen die Buttermilch oft nur kürzere Zeit vertragen; sie brachte aber die Säuglinge vorwärts und ermöglichte nachher eine andere Ernährungsweise. Bei akuten Enteritiden oder zur Zeit akuter Schübe chronischer Enteritiden empfiehlt Vf. die Buttermilch nicht, ist vielmehr der Ansicht, daß andere Ernährungsmethoden mehr Aussicht auf Erfolg bieten. Ebenso versagte die Buttermilch gleich wie alle anderen Ernährungsversuche in jenen verzweifelten Fällen, wo schwerere Bronchopneumonien die Enteritis der Säuglinge komplizierten. Die Buttermilch leistete oft gute Dienste zur Ernährung kleiner Kinder, welche an erschöpfenden chronischen Krankheiten, wie Tuberkulose, mit begleitenden Darmstörungen litten. — (Diss. Bern 1905, 38 S.)

Lagleize empfiehlt vaginale und besonders intrauterine **heiße Einspritzungen während der Wehen** wegen ihres günstigen Einflusses auf Stärke und Dauer der Uteruskontraktionen. Das Temperaturoptimum für das zu injizierende Wasser beträgt 50° C. Das einfache, unschädliche Mittel verdient nach der Erfahrung des Vfs. eine häufigere Anwendung, als ihm bisher zuteil geworden ist. — (Thèse de Paris, Nr. 463, 1905.)

A. Blanc hat von der **Maretin-Medikation** in zahlreichen Fällen Gebrauch gemacht und berichtet in seiner These (Montpellier, Nr. 70, 1905) über seine Erfahrungen. Er fand das Mittel frei von unerwünschten Nebenwirkungen und empfiehlt es besonders bei bazillärem Fieber, bei akuten Affektionen der Luftwege (antithermische und sedative Wirkung), akutem Gelenksrheumatismus und bei neuralgischen Beschwerden. Es

Digitized by Google

tritt bei der Anwendung des Maretin nach Blanc keine kumulative Wirkung ein.

Trygase ist bekanntlich eine reine Dauerhefe, deren therapeutischer Wert vornehmlich auf der Haltbarkeit und gleichmäßigen Wirkung beruht. Domenico fand diese Form der Hefe besonders in der Therapie des Diabetes mellitus bewährt. Der regelmäßige Genuß gestattet den Patienten, eine gewisse Quantität Kohlehydrate zu genießen, ohne daß die Zuckerausscheidung steigt. — (Zentralbl. f. Stoffw.-Krankh., Nr. 21, 1905.)

Digitalisersatz.

Extractum Apocyni cannabini fluidum aus der Wurzel von Apocynum cannabinum hat Pawinski mit Erfolg an Stelle von Digitalis in allen für letztere in Frage kommenden Fällen angewendet. Die diuretische Wirkung äußert sich am nächsten Tage nach Einnehmen des Fluidextrakts in der Dosis von 10 Tropfen 2—3mal täglich. Das Mittel hat keine kumulative Wirkung. Nebenwirkungen von seiten des Magendarmkanals zeigen sich bisweilen nach hohen Dosen. A. Robin fand das Apocynum bewährt als Adjuvans des Theobromins, welche beiden Mittel abwechselnd gegeben wurden zur Vermeidung der Angewöhnung, das Apocynum als Fluidextrakt 3mal täglich 30 Tropfen.

Heroin in der Behandlung der Tuberkulose.

Nach einem Vortrage, gehalten von St. S. Bradfort und N. Gilbert Seymour, wurde an der „Tuberculosis clinic at Gouverneur Hospital", New-York, Heroin in ausgedehntem Maße angewendet. In allen Fällen soll es sich besser bewährt haben, als irgend ein anderes Mittel. — (Med. Record, Nr. 10, 1905.)

Behandlung des Mittelohrkanals.

Jodoformanilin ist eine Lösung von Jodoform in Anilinöl (1:7). A. Gray verwendet diese Lösung bei Mittelohrkatarrh. Fünf Tropfen derselben werden auf einen Wattetupfer gebracht. Dieser bleibt fünf Minuten liegen. Die Einführung des Tupfers wird zwei- bis dreimal in der Woche vom Arzte selbst ausgeführt.

Dermatologische etc. Verwendung des Jodthion.

An der dermatologischen Universitätsklinik von Prof. F. J. Pick in Prag wurde Jodthion (Dr. E. Schindler, Heilkunde, Nr. 10, 1905) bei tertiärer Lues als 50%ige Salbe, bei gonorrhoischen Epididymitiden als 5—10%ige Salbe mit gutem Erfolge angewendet. Auch bei Eczema marginatum, Sycosis parasitaria und Trichophytie wurden mit 5—10%iger Jodthionsalbe gute Erfolge erzielt, während es sich bei Lupus erythematosus nicht bewährte.

Protargol. — Behandlung der gonorrhoischen Konjunktivitis.

Dr. F. C. Hotz, Chicago, berichtet in Medicine, Nr. 6, 1905, über die günstigen Resultate, die er mit Protargol bei der Behandlung von gonorrhoischer Konjunktivitis zu verzeichnen hatte. Hotz verwendete anfangs 20%ige Lösung zweimal und im weiteren Verlaufe der Krankheit 10%ige Lösung einmal täglich.

Neuere Arzneimittel gegen Keuchhusten.

Baroux d'Armentière empfiehlt das Aufspannen von mit Wasserstoffsuperoxyd getränkten Tüchern im Krankenzimmer. Auch Nacht hat damit gute Erfolge erzielt. Gottschalk behandelt Keuchhusten mit Dionin und empfiehlt folgende Vorschrift: Dionini 0·01, Emulsionis oleosae 100·0, Olei Menthae piperitae guttas I—II. MDts. 3stündlich 1 Teelöffel voll für Kinder im ersten Lebensjahre, für größere Kinder entsprechend mehr. Auch Weigl und Lichtgarn beobachteten die gute Wirkung des Dionins. Nach Fiellander hat sich das Dionin bei Keuchhusten weit besser bewährt als Bromsalze, Bromoform, Chinin, Pertussin, Morphin und Kodein. Bahn erzielte mit 10%igem Bromipin in Form von Klysmen vorzügliche Erfolge. Bromipin kommt auch

Digitized by Google

als Bromipinum solidum saccharatum in Tablettenform in den Handel. Jede Tablette entspricht 0·40 Brom und ½ Teelöffel voll 10%igem Bromipin. Aronheim hatte vorzügliche Erfolge mit Atropinum methylobromatum. Münz wendete das neue Hypnotikum Veronal besonders bei nächtlichen Husten mit gutem Erfolge an. Münz bediente sich folgender Mixtur: Rp. Veronali, Antipyrini āā 1·0 g, Aq. dest. 100·0 g, Sirupi cinnamomi 20·0 g. — Serthymin nach Dr. Roth ist ein mit 20% Zucker vermischter Auszug von Thymusspezies, von dem gegen Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh etc. 3—6mal täglich ein Kaffeelöffel voll in Zucker- oder Honigwasser genommen werden soll. — (Pharm. Post, Nr. 3, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Pneumonie.

Rp. Chin. hydrochlor. 1·0
Natr. salicyl. 2·0
M. Div. in part. aequ. Nr. VI.
S. 3—4 Pulver täglich. — (Bayer.)

Herzinsuffizienz.

1. Rp. Tinct. Digital. 2·0
Tinct. Strophant. } āā 5·0
Tinct. Convall. majal. }
Tinct. chin. comp. 25·0
M. D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen.

2. Rp. Dialys. Golaz. }
Herb. Adon. vernal. } āā 2·5
Herb. Convall. majal. }
Tinct. ferr. pomat. 20·0
M. D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen. — (Kirsch.)

Ascites.

1. Rp. Kalomelanos 0·05—0·1
Sacch. alb. 0·5
M. f. p. D. t. dos. Nr. XX.
S. Dreistündlich 1 Pulver zu nehmen.
Jeden Abend ein Löffel voll Rizinusöl damit das Kalomel aus dem Darm herausgeschafft wird und keine giftigen Wirkungen hervorbringen kann. Die Kalomelbehandlung darf nur vier oder fünf Tage lang angewandt werden.

2. Rp. Ureae pur. 30·0
Aqu. dest. 200·0
M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll.

3. Rp. Theocin. natr. acet. 0·3—0·5
D. f. D. Nr. X.
S. Zwei Pulver innerhalb zwei Stunden pro die zu nehmen.

Arteriosklerose.

Rp. Acid. Chin. 10·0
Natr. bicarb. 6·0
Aqu. dest. ad 150·0
M. D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Eßlöffel voll. — (I. med. Klinik Berlin.)

Akut-infektiöse Konjunktivitis.

Rp. Hydrarg. oxyd. flav. V h. par. } āā 0·03
Cocain. nitr. }
Vaselin. amer. flav. 3·0
M. f. ungt. mult. terendo.
D. S. Zweimal täglich davon etwas ins Auge zu geben. — (Katz.)

Gicht.

Colchicumpräparate:

I. Liqueur de Laville.

S. Im Anfalle drei Tage lang täglich ein Kaffeelöffel voll, dann 10—15 Tage lang alle zwei, später alle drei Tage einen halben Kaffeelöffel voll.

II. Tinct. Colchici 20·0
D. S. 10—40 Tropfen auf einmal, pro die bis 6 g.

III. Granules de Colchicin Houdé, enthaltend 1 mmg Colchicin.

S. Im Anfalle drei bis vier Pillen hintereinander nehmen, halb- bis einstündlich eine Pille; bei Anfällen, die sich in die Länge ziehen, drei- bis viermal täglich eine Pille.

IV. Pilules de Becquerel.

V. Pilules de Débout.

Diese beiden enthalten außer Colchicum noch Chinin und Digitalis. Anwendung wie III.

Digitized by Google

VI. Colchicin Merck.

D. S. Innerlich 0·0005—0·002 mehrmals täglich in Pulvern oder Pillen. — (Med. Klinik Nr. 7, 1906.)

Pubertäts- und Graviditäts-Struma.

Rp. Extr. hydrast. fluid. } āā 40·0
Vini Malagens. }
Syrup. cinnamoni 20·0

M. D. S. Ein Teelöffel bis einen halben Eßlöffel voll zwei- bis vierstündlich zu nehmen.

Lungenödem.

Rp. Acid. benzoic. 0·2
Camph. trit. 0·1
Sacch. alb. 0·3

M. f. p. D. t. dos. ad chart. cerat. Nr. X. S. Zweistündlich ein Pulver zu nehmen.

Carcinoma ventriculi.

Rp. Saccharin. 0·05
Acid. hydrochlor. dil. } āā 15·0
Extr. fluid. Condurango }

M. D. S. Dreimal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser vor der Mahlzeit zu nehmen.

Gastritis chronica acida.

Rp. Bismuthi subnitr. } āā 15·0
Magnes.-ammon. phosphoric. }

M. D. S. Dreimal täglich zwei Stunden vor der Mahlzeit ein Teelöffel voll in Wasser. — (Rodari.)

4. Varia.

Experimentelle Untersuchungen über die Ausnützung verschieden zusammengesetzter Zuckerklysmen. Von Hausmann.

Traubenzucker zeigte die besten Resorptionsbedingungen. Es wurden in 15%ige Lösung nach einer Verweildauer von 2 Stunden bis zu 60·3% resorbiert. Vom Rohrzucker gelangten bei gleichen Versuchsbedingungen höchstens 51·5%, von Milchzucker nur 37·5% zur Resorption. Traubenzucker scheint die Darmschleimhaut weniger stark zu irritieren als Rohrzucker. Durch Zusatz von 10% Akohol zum Klysma wird die Resorption der einzelnen Nährstoffe zwar verzögert, der dadurch bedingte Verlust wird aber durch die größere Kalorienmenge des Alkohols wieder ausgeglichen. Eine relativ hohe Temperatur der Nährflüssigkeit beschleunigt die Resorption. — (Diss. Halle, 1905.)

Die desinfizierende Wirkung des Aethylalkohols ist nach Herbert Aßmann von seiner Konzentration und von dem Feuchtigkeitsgehalte des zu desinfizierenden keimhaltigen Materials abhängig. Trockenen Keimen gegenüber zeigt ein Alkohol mittlerer Konzentration von etwa 50%, feuchten Keimen gegenüber ein hochprozentiger Alkohol die größte Desinfektionskraft. Ein Zusatz von Alkali zu 50% Alkohol erhöht dessen Wirkung. Der 50%ige Alkohol mit einem Gehalte von 1% Natriumhydroxyd stellt ein trockenen wie feuchten Keimen gegenüber sicher wirkendes Desinfektionsmittel dar, dessen bakterizide Kraft größer als die seiner Komponenten: eines 50%igen Alkohols und einer 1%igen wässerigen Natronlauge allein ist. Der Desinfektionswert des 1% Natriumhydroxyd enthaltenden 50-prozentigen Alkohols ist ziemlich genau gleich dem des offizinellen Seifenspiritus. — (Diss. Königsberg, 1905.)

Bei Anwendung der Alkoholsilbersalbe ist jedes Einreiben in die Haut zu vermeiden, weil sonst zu viel Alkohol verloren geht. Man soll vielmehr messerrückendick aufstreichen, dann doppelt oder mehrfach reine Leinwand oder Verbandmull darüber legen; diese wird, überragend, mit einem wasserdichten Stoff bedeckt und das ganze mit einer Binde befestigt. Hotys und Winterberg haben auf diese Weise mit der Salbe bei Perityphlitis, Parametritis, Pleuritis und Polyarthritisformen sehr gute Erfolge erzielt. — (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12, 1905; Pharm. Ztg. Nr. 17, 1906.)

Digitized by Google

Bücher-Anzeigen.*)

Entbindung ohne Schmerzen. Von Dr. Max Cremer (Eberstadt). Hamburg. Kommissionsverlag von Gebrüder Lüdeking. Preis 50 Pfennig. 18 Seiten.

In der für Aerzte und Laien geschriebenen Broschüre empfiehlt der Vf. die Einspritzung von Skopolamin mit Morphium, welche den Schmerz beim Geburtsakt aufheben, ohne Mutter und Kind zu schädigen. Besonders gut sei das Skopolamin-Merck, zu warnen dagegen vor Skopolamintabletten. Der Vf. erwähnt, daß die Einspritzungen tagelang ohne Schaden gegeben werden können, auch sogar bei Herz- und Nierenleiden, es komme nur auf die genau zu berechnende Dosierung an. Ueber diese selbst äußert sich Vf. aber weiter gar nicht, sondern verweist auf das von ihm zusammengestellte Besteck, dem eine genaue Gebrauchsanweisung beigegeben sei, und das die „zur Herstellung der Lösung sehr genau abgewogenen Dosen" enthält. Ob es richtig ist, ein Verfahren, über das die Akten noch nicht geschlossen sind, auch dem Laien zu empfehlen, wie es im Vorwort geschieht, und wodurch wohl mancher Arzt in eine peinliche Lage versetzt wird, mag dahingestellt bleiben.

G. Wiener, München.

Moderne Therapie. Ein Kompendium für den praktischen Arzt. Von Dr. med. Otto Dornblüth. Leipzig 1906. Verlag von Veit & Komp. Preis 7·50 Mark. 468 Seiten.

Der rühmlichst bekannte Verfasser hat nun die in der V. Auflage seines wohl jedem Kollegen aus eigener Erfahrung bekannten Kompendiums angekündigte „moderne Therapie" erscheinen lassen. Eine langjährige Erfahrung hat ihn in den Stand gesetzt, mit dieser neuen Publikation an die Oeffentlichkeit zu treten, die zweifellos sich in die Bibliothek jedes Kollegen ebenso berechtigter Weise Eingang verschaffen wird, wie das Kompendium, das sich ja bekanntlich bei den Studierenden einer ungewöhnlichen Beliebtheit erfreut. Die „moderne Therapie" ist weniger für die Bedürfnisse des werdenden als für die des in der Praxis stehenden Kollegen geschrieben. Wenn sich auch einiges aussetzen läßt, so wird doch niemand seine Anschaffung bereuen. Einige neue Mittel hätten mitberücksichtigt werden sollen und kommen hoffentlich in einer Neuauflage zu ihrem Recht. L.

Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung, bearbeitet von Dr. Richard Lüders unter Mitwirkung von Dr. med. W. Thom in Düsseldorf mit zahlreichen Rezepten, praktischen Anleitungen und Illustrationen im Text unter besonderer Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur. I. Abteilung. Leipzig. Verlag von Benno Konegen.

Wir werden nach Abschluß (Lieferung 2 und 3 sollen bald folgen) dieses Werkes Näheres darüber berichten. Die vorliegende I. Abteilung gibt eine sehr gute und erwünschte Zusammenstellung der modernen Abführmittel, über Alkohol und seine Anwendungsformen, über Anästhetika, Antipyretika und Antiseptika. L.

Das Radium und die Radioaktivität. Allgemeine Eigenschaften und ärztliche Anwendungen von Paul Besson, Ingenieur des Arts et Manufactures, mit einem Vorwort von Dr. A D'Arsonval, Mitglied des Institutes de France. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. W. von Rüdiger. Mit einem Vorwort von Dr. Alfred Exner. Leipzig 1905. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Preis 3·60 Mark; geb. 4·40 Mark.

Das vorliegende Buch über das Radium zerfällt in zwei prinzipiell verschiedene Teile, die bereits im Titel angedeutet sind: In die Betrachtung der allgemeinen Eigenschaften dieses interessanten Körpers und in die Diskussion seiner therapeutischen und physiologischen Effekte.

Besson gibt zuerst eine historische Einführung, und kommt dann nach Anführung der neuesten radioaktiven Substanzen (Polonium Radium Aktinium) eingehend auf die Untersuchungen über die Natur der von diesen Substanzen ausgesandten Strahlen, die Becquerel-Strahlen, zu sprechen.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Im dritten Kapitel werden die einschlägigen Untersuchungen der Strahlen ausführlicher besprochen.

Ihr folgt eine kurz gehaltene, doch gut verständliche Uebersicht ihrer physikalischen und chemischen Wirkung. Während die Abhandlung Bessons in Hinsicht der Anführung der durch die Experimente und die theoretische Forschung erschlossenen Tatsachen eine sehr verdienstliche Arbeit darstellt und durch die übersichtliche Anordnung des Materials trotz der Hochflut der Erscheinungen auf diesem Gebiete sehr willkommen scheint, verläßt Verfasser, indem er dazu übergeht, die physiologische und therapeutische Wirkung der Radiumstrahlen darzulegen, sein eigentliches Arbeitsfeld.

Ich muß darauf hinweisen, daß diese Darlegung der Erfahrungstatsachen, welche die Aerzte und Physiologen hie und da gewonnen haben, keine besonders glückliche ist.

Die einzelnen Fälle, in welchen die Radiumstrahlen therapeutisch von großen Erfolg begleitet gewesen sein sollen, sind ziemlich wahllos zusammengestellt und erfordern ein beträchtliches kritisches Vermögen zu ihrer sinngemäßen Verwertung.

Was speziell die physiologischen Veränderungen nach Applikation der Radiumstrahlen betrifft, so möchte ich die Ansicht aussprechen, daß die eingehende Diskussion über dieses Moment noch verfrüht ist.

Wir sind noch völlig außer Stande uns eine zutreffende und auch nur einigermaßen exakte Vorstellung zu machen von der Art der Wirkung, welche diese rätselhaften Wellen auf das Zelleben im einzelnen und die funktionelle Reaktion ganzer Zellgruppen ausüben.

Nach Erledigung dieser speziellen Frage wird Besson wieder ganz der Fachmann, der er ist und erörtert zunächst sehr erschöpfend das Wesen der induzierten Radioaktivität.

Im letzten Kapitel wird, doch das liegt in der Natur der Sache, gelegentlich der Anführung der Hypothesen über die Natur und Ursachen der in dem Buch behandelten Erscheinungen wieder bis zu einem gewissen Grade die spekulative Seite wissenschaftlichen Forschens in den Vordergrund gerückt.

Alles in allem ist die Arbeit Bessons durch ihre klare Schreibweise, durch die Beibringung eines großen Tatsachenmaterials und die anregende Behandlung der einschlägigen Hypothesen und Ideen sehr lesenswert.

Dr. Ernst Heilner, München.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Die tierischen Gifte. Von Edwin Stanton Faust, Privatdozent in Straßburg. Die Wissenschaft Sammlung naturwissenschaftlicher und mathematischer Monographien. Heft 9. Braunschweig 1906. Friedrich Vieweg & Sohn. 248 Seiten. Preis 6 Mark.

Zwei Jahre chirurgische Tätigkeit 1903 und 1904. Bericht aus der chirurgischen Privatklinik von Dr. Krecke in München. 210 Seiten.

Riedels Berichte. Riedels Mentor 1906.

Mensch, bewege dich! Von R. Fay. Leipzig bei Grethlein & Co. 64 Seiten, zahlreiche Abbildungen. Preis 70 Pf.

Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. Von Hofrat Dr. Friedrich Crämer. 2. Heft. Darmatonie. München 1906. J. F. Lehmanns Verlag. 231 Seiten. Preis 4·50 Mark.

C. Merk's Jahresberichte. XIX. Jahrgang 1905. Darmstadt, Jänner 1906.

Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. Von F. Karsch-Haack. Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten: Chinesen, Japaner, Koreer. Preis 4 Mark. München 1906. Seitz & Schauer.

Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. Bearbeitet von Dr. Richard Lüders. II. Abteilung. Leipzig 1906. Benno Konneger. 161—432 Seiten.

Therapeutische Notizen. Von Dr. Wilhelm Meitner. 1906. Buchholz & Diebel in Troppau. 516 Seiten.

Das Schielen; Ursachen, Folgen, Behandlung. Von Prof. Dr. Wilhelm Schoor in Leipzig. München 1906. J. F. Lehmann's Verlag. 250 Seiten.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin. Von Dr. O. Dornblüth. Würzburg 1906. A. Stubers Verlag. 516 Seiten.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Die Therapie der genuinen Epilepsie

nebst einem Anhang über die Therapie der übrigen Epilepsieformen mit Berücksichtigung der Literatur der letzten 15 Jahre.

Von **Werner Runge** in Heidelberg.

(Schluß.)

Anhang.

Bei weitem häufiger als bei der genuinen Epilepsie, ja vielfach ausschließlich, ist die chirurgische Therapie, und zwar die Trepanation, bei den anderen Epilepsieformen angewandt worden.

Besonders seitdem Jackson seine lokalisierte Rindenepilepsie von der allgemeinen Epilepsie abgetrennt hatte und der Nachweis gelungen war, daß diese Form von Krämpfen von der motorischen Hirnrinde ausgeht, versucht man, natürlich hauptsächlich wenn Verletzungen den Schädel in dieser Gegend getroffen hatten und in der Folge Jackson'sche Epilepsie aufgetreten war, durch Trepanation an dieser Stelle eventuelle pathologische Veränderungen aufzudecken und zu entfernen.

Ehe ich nun zur Besprechung der Resultate dieser Operation und ihrer Anwendung bei den verschiedenen Formen der Epilepsie übergehe, möchte ich drei Modifikationen, in denen die Trepanation heutzutage bei Epileptikern ausgeführt wird, besprechen:

Tritt nach einem Kopftrauma sofort oder erst später, eventuell nach vielen Jahren, anscheinend durch die Wirkung der Narbe oder anderer Veränderungen, Epilepsie auf, so wird es als das Rationellste erscheinen, die scheinbare Ursache einfach zu entfernen. Eulenburg teilt diese Methode auf folgende Weise ein:

1. Wenn nur Weichteile und nicht der Schädel verletzt worden sind, Exzision der dort entstandenen Narben.

2. Resektionen am Schädel selbst ohne Verletzung der Dura; gewöhnlich osteoplastische Resektionen, die nur temporär gemacht werden, um Knochenimpressionen zu heben, Knochensplitter, alte Narben und Verdickungen, die auf das Gehirn eine Kompression ausüben, zu entfernen; eventuell Deckung alter traumatischer Defekte durch Osteoplastik.

3. Resektionen mit Eröffnung des Duralsackes, um das Gehirn nach pathologischen Veränderungen zu untersuchen, um in die Dura eingedrungene Splitter zu entfernen.

4. Eingriffe am Gehirn selbst, wie Entfernung pathologischer Teile, z. B. Zysten, Tumoren, Knochensplitter etc.

(Die operative Entfernung von Tumoren oder ausgedehnten Zysten mit symptomatischen Krämpfen gehört nach Binswanger nicht in die Behandlung der Epilepsie, obwohl die Symptome oft genau dieselben sind; ein großer Erfolg ist von der Entfernung von Tumoren nicht zu hoffen, wie v. Bergmann aus den Statistiken von Chipault, Bernhard't schließt; auch deshalb ist die Operation oft erfolglos, weil sehr große Defekte entstehen. Zur Operation kämen überhaupt nur Tumoren in Betracht, die im motorischen Rindengebiet sitzen (v. Bergmann, Donath).

Die Entfernung pathologischer Teile durch die Trepanation wurde früher fast ausschließlich ausgeführt. In der Statistik von Matthiolius finden sich 146 Fälle, wo derartige Eingriffe gemacht sind. Davon sind 32 = 21·9% geheilt (8 = 5·5% über drei Jahre beobachtet, 10 = 6·8% über ein Jahr, 14 = 9·6%

Digitized by Google

über ein halbes Jahr), 27 = 18·5% gebessert, 25 = 17·1% ungeheilt, bei 53 = 36·3% ist der Erfolg fraglich, 9 = 6·2% sind gestorben. Die Erfolge sind also nicht sehr befriedigend. Man suchte deshalb nach einem gründlicheren Verfahren.

Bekanntlich sind bei der Jacksonschen Epilepsie die Krampfanfälle halbseitig und beginnen in einem bestimmten Muskelgebiet, das einem motorischen Hirnzentrum entspricht. Sie breiten sich so auf die übrigen Muskelgruppen der ganzen einen Körperseite nacheinander aus, daß sich der Reiz, der den ersten Krampf auslöste, von dem einen Zentrum auf die übrigen per contiguitatem fortgepflanzt zu haben scheint. Auf die Krämpfe folgt gewöhnlich eine temporäre Lähmung, welche besonders die Muskelgruppe betrifft, die von dem Krampf zuerst ergriffen war. Es kann bei den ersten Anfällen nur ein ganz lokaler Krampf auftreten, der sich erst später allmählich ausbreitet. Stellt sich Bewußtlosigkeit, die oft fehlt, ein, so erscheint sie meist erst während der Krämpfe, am häufigsten jedoch erst, wenn der Krampf sich auf die andere Körperhälfte ausbreitet. Parästhesien eines Gliedes oder Gliedabschnittes können den Anfall einleiten oder an seine Stelle treten (s. Oppenheim). — In solchen Fällen empfahl Horsley, es nicht bei der Entfernung pathologischer Veränderungen bewenden zu lassen, sondern mit dem faradischen Strom das Zentrum der Muskelgruppe, deren Krampf den Anfall einleitete, aufzusuchen und gründlich zu exstirpieren, einerlei, ob es verändert ist oder nicht.

Harda, Winkler und Keen verlangen, daß ein Hirnrindenteil nicht ohne makroskopische Veränderung ausgeschnitten werden soll, wenn nicht mit Hilfe des elektrischen Stromes gerade auf jenem Punkte ein dem spontanen analoger Anfall ausgelöst werden kann; das Hervorrufen einzelner Zuckungen in den Muskeln der während des Anfalles bewegten Extremitäten genüge dazu nicht, denn nach Keen ist in diesem Falle das betreffende Zentrum gesund. Die meisten Autoren jedoch (auch Binswanger, Krause, Donath) halten es für gleichgiltig, ob der betreffende Rindenteil verändert ist oder nicht.

Nach Exzision des Zentrums tritt jedesmal eine Lähmung der betreffenden Muskelgruppe auf, die aber früher oder später zurückgeht (Höfer, Rasumowsky).

Die Mortalität dieser Horsleyschen Operation scheint nicht wesentlich größer zu sein, als die der einfachen Trepanation; sie beträgt nach der Statistik von Graf 6·7%, während sie sich bei der Trepanation auf 5·6% beläuft.

Die Rindenexzision wird heute von den hervorragendsten Autoren ausgeführt und empfohlen, wie v. Bergmann, Braun, Höfer, Rasumowsky, Eulenburg, Schede, Hochenegg, Fraenkel u. a. — Trotzdem man doch auf diese Weise der Epilepsie ihre Hauptgrundlage zu nehmen suchte, entsprachen auch hier wieder die Resultate den Erwartungen bei weitem nicht. In der Statistik von Braun finden sich 30 Fälle, an denen die Rindenexzision vorgenommen worden ist. Davon sind nicht geheilt 8 = 26·7%, gebessert 9 = 30·0%, geheilt 13 = 43·4%, von denen aber nur 3 = 10·0% länger als drei Jahre beobachtet waren.

Von den 23 wegen Jackson'scher Epilepsie nach Horsley Operierten in der Statistik von Matthiolius (1899) sind 7 = 30·4% geheilt (davon sind 2 über drei Jahre beobachtet, 2 über ein Jahr, 2 über ein halbes Jahr), 3 = 13% gebessert, 5 = 21·7% nicht geheilt, 8 = 34·7% zu kurz beobachtet.

Die übrigen, von 1899 bis 1904 in der Literatur veröffentlichten Fälle sind in der Statistik von Nast-Kolb zusammengestellt: 84 Fälle, davon 14 mit Rindenexzision, von diesen sind 5 = 53% geheilt (3—12 Jahre beobachtet).

Viel günstiger ist also das Ergebnis nicht, als bei der einfachen Trepanation, jedoch ist noch nicht endgiltig darüber zu urteilen, ob die Rindenexzision nicht doch mehr Erfolge aufzuweisen hat, da eigentlich noch nicht genug Material vorliegt, und eine große Anzahl von Fällen, bei

Digitized by Google

denen die Krämpfe ausgeblieben sind, noch nicht genügend lange beobachtet ist, um von Heilung reden zu können. Dies wird auch von Braun, Binswanger, Féré, Engelhardt und Nast-Kolb betont.

Es ist viel nach Erklärungen gesucht worden, weshalb diese Operation in so vielen Fällen ohne Erfolg ist. Oft soll die Exzision des Zentrums ungenügend gewesen sein (Braun, Höfer, Sahli). Nach Fraenkel und Sahli ist die Exzision nur dann ausreichend, wenn die später auftretende Lähmung dauernd bleibt. Braun hält dies dagegen für unrichtig, da nach sehr schweren Schädel- und Gehirnverletzungen die Lähmungen auch wieder verschwinden können. Wie Sachs und Gerster, Harda hervorheben, ist es überhaupt sehr schwer, den Umfang des Krankheitsherdes sicher zu bestimmen. Braun und Sahli suchen auch darin eine Erklärung für einen Teil der Mißerfolge, daß nicht das den Anfall einleitende Zentrum, sondern andere Stellen der motorischen Rindenregion, vielleicht am Ort einer Verletzung des Schädels, exstirpiert worden sind. Man soll daher immer zunächst an Stelle der Läsion trepanieren und erst, wenn diese erfolglos gewesen ist, noch nachträglich das betreffende elektrisch bestimmte Zentrum, auch wenn es nicht an Stelle der Läsion liegt, entfernen.

Durch Tierexperimente zeigte Fraenkel, daß bei der Rindenexzision die Narbenbildung am Cortex mit starker konzentrischer Einziehung einhergehen kann, welche durch Zerrung und Verschiebung der normalen Lagerungsverhältnisse der Windungen das ganze Symptomenbild des epileptischen Anfalles hervorrufen kann. So nehmen Sahli, Höfer, Braun, Sachs und Gerster, Starr, Coy an, daß die Narben- und Adhäsionsbildung zuweilen Anlaß zu neuen Krämpfen geben kann.

Für die Mißerfolge sind auch Erklärungen in dem Wesen der Epilepsie gesucht worden. Sie finden später Erwähnung.

Eine dritte Abänderung der einfachen Trepanation ist die Kocher'sche Ventilbildung. Bekanntlich sucht dieser Autor in vielen Fällen die „epileptische Veränderung", die das Gehirn eines Epileptikers nach Ansicht vieler anderer Autoren besitzt, die Disposition für Epilepsie, die also entweder angeboren oder erworben sei durch Entzündung, Tumoren, traumatische oder anatomische Veränderungen in einer vermehrten intrakraniellen Spannung. Deshalb wird also, sei es, daß eine sichere Lokalisation möglich oder nicht möglich ist, der dauernde Defekt des Schädels, das „Ventil" gebildet.

Zur Unterstützung seiner Theorie bringt Kocher verschiedene Beweismomente. Erstens stellt er aus der Statistik fest, daß bei Trepanationen mit Duraspaltungen bedeutend mehr Heilungen zu verzeichnen sind, als bei denen ohne Duraspaltungen. Er führt dies auf die Druckentlastung in der Schädelkapsel zurück, die durch die Duraspaltung erreicht wird, ebenso die Erfolge, die andere Autoren mit Rindenexzision zu verzeichnen haben. — Zweitens konstatierten Schär und Berezowski, daß die mit Ventilbildung operierten Epileptiker, welche dauernd geheilt waren, fast alle noch ihren Schädeldefekt hatten, der sich bei Drucksteigerung (Husten etc.) vorwölbte (auch v. Beck). Bei rezidivierten Fällen dagegen war der Boden des Defekts verknöchert oder durch sehr derbes unbewegliches Narbengewebe verschlossen. Nicht etwa infolge von Adhäsionen des Gehirns ist die Epilepsie wieder aufgetreten, sondern infolge der Drucksteigerung, da bei aseptisch verlaufender Operation entstandene Adhäsionen nie Ursache eines Rezidivs sein können, wie Ito, Schifone durch Tierversuche bewiesen haben. — Die Drucksteigerung bei epileptischen Anfällen wird auch von Olsson, Nast-Kolb u. a. bestätigt.

Schwere Gefahren sind von einem dauernden Defekt im Schädel nicht zu erwarten, da Berezowski bei 17 Operierten nichts Nachteiliges finden konnte, nur sechs hatten leichte Schmerzempfindungen beim Husten, Anstrengungen etc., während gerade die mit wieder geschlossenen Defekten über Schwindel, Brech-

Digitized by Google

reiz etc. klagten. Nur bei sehr großen Defekten können Beschwerden durch Zirkulationsstörungen im Gehirn entstehen.

Am meisten sprechen die günstigen Resultate Kochers für seine Methode. Bei Schär sind 20 von Kocher operierte Fälle zusammengestellt, von diesen sind 7 = 35% geheilt (6 = 30% über 3 Jahre beobachtet, 1 über ½ Jahr). Auch Chipault hat gute Erfolge mit der Ventilbildung erzielt.

Außer der Ventilbildung empfiehlt Kocher zur Druckentlastung die Punktion der Seitenventrikel und die Dauerdrainage bei großen Zysten und vermehrter Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikeln. Trat bei den so behandelten Fällen während der jahrelangen Drainage einmal Verschluß des Drainrohres ein, so kamen die Krampfanfälle wieder und verschwanden bei Freimachung des Weges (auch v. Beck).

Zu demselben Zweck wird die Lumbalpunktion empfohlen, von der aber Chipault nur Mißerfolge oder unwesentliche Besserungen sah. Ito glaubt, daß beide Operationen nur palliativ wirken.

Außer von Kocher ist die Ventilbildung im Jahre 1893 schon von Verchère ausgeführt und empfohlen. Zu derselben raten auch Championnière, Pauchet, Chipault, Kümmell, welche sie mit mehr oder minder günstigem Erfolge ausgeführt haben, Kümmell bereits in 23 Fällen, über die er aber noch nicht endgiltig berichten kann. Auch Féré glaubt, daß in einem Teil der Fälle, wo man trepaniert, aber nichts Pathologisches gefunden hatte, der trotzdem eingetretene Erfolg auf Aenderung des intrakraniellen Druckes zurückzuführen sei.

Kochers Theorie ist sehr angefochten und triftige Gründe sind gegen sie geltend gemacht worden. Unverricht (s. Bergmann), Nawratzki und Arndt wiesen durch Versuche nach, daß vor einem epileptischen Anfall und zwischen zwei Anfällen der Druck in der Schädel- und Rückenmarkshöhle nicht gesteigert ist, daß er aber sofort, nachdem sich die ersten Symptome des Anfalles gezeigt haben, bis zu einer Höhe von 600 bis 870 mm steigt. Während der tonischen Kontraktion blieb er dann auf dieser Höhe und sank während der klonischen Zuckungen mit großen Schwankungen wieder ab. Also der Anfall ist nicht durch Drucksteigerung, sondern die Drucksteigerung durch den Anfall bedingt. — Bier legte Epileptikern eine elastische Binde um den Hals und konnte dadurch „höchste Grade von venöser Hyperämie, sehr erhebliche Drucksteigerung und durch plötzliches Anlegen und Abnehmen der Binde die schroffsten Druckunterschiede in der Schädelkapsel hervorrufen". Auch hiebei war absolut kein Einfluß auf die Epilepsie zu sehen, eher konnte sogar Besserung konstatiert werden. Fedorow bestätigte durch Versuche und Operationen die Ergebnisse dieser Forscher.

Donath, Graff, Schulze-Berge sprechen sich ebenfalls gegen die Kocher'sche Theorie aus, hauptsächlich aber v. Bergmann, nach dessen Ansicht die Kocher'sche Operation nur von symptomatischer Bedeutung ist, die Krankheit selbst aber nicht angreife, da der gesteigerte Hirndruck nicht mit der „epileptischen Veränderung" identisch sei; diese Methode könne also nur von vorübergehenden Erfolgen begleitet sein. Er, sowie König, Bunge, Gussenbauer haben außerdem die Bemerkung gemacht, daß gerade der knöcherne Verschluß eines Defekts die Epilepsie zum Schwinden gebracht hat.

Bunge hat an 13 Fällen mit Schädeldefekten festgestellt, daß ein offener Defekt doch nicht so harmlos ist, sondern daß nur drei von ihnen ohne Beschwerden waren, die übrigen dagegen über Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit, Brechneigung und Ohnmachten zu klagen hatten, auch bei kleinen Defekten; in vier Fällen bestand sogar bei offenem Defekt Epilepsie. Eiselsberg weist auf die Gefahr einer Verletzung und die durch einen offenen Defekt bedingte Zirkulationsstörung hin, die nicht ohne Schaden sei. — Ballet, Spisharney haben mit der Kocher'schen Operation keine guten Erfahrungen gemacht.

Digitized by Google

Die Ventrikelpunktion verwirft Chipault wegen außerordentlicher Gefahr und v. Bergmann spricht sich gegen die Drainage der Ventrikel aus: „Denn die Ventrikelentleerungen sind an und für sich schon, wie die Geschichte ihrer Drainage gelehrt hat, gefährlich und der dauernde Ausfluß begünstigt selbst noch späte Infektionen und daher Entstehung der letalen Meningitis."

Die Ansichten Kochers haben also im großen und ganzen wenig Anklang gefunden, zumal sich nach den Versuchen von Nawratzki und Arndt seine Theorie als unhaltbar erwiesen hat. Er hat allerdings gute Erfolge erzielt, aber ob diese wirklich auf seine Operationsmethode zurückzuführen sind, oder auf das sorgfältige Ausräumen jeder Schädlichkeit oder auf andere unbekannte Ursachen, läßt sich nicht entscheiden. Es muß abgewartet werden, ob sich auch weiterhin so gute Resultate erreichen lassen.

Fürstner, Starr u. a. halten die Trepanation im ganzen nicht mehr für gefährlich; daß jedoch die Operation nicht so ganz gleichgiltig sein kann, zeigt die Statistik von Matthiolius, der 327 Fälle von Epilepsie zusammengestellt hat, bei denen die Trepanation ausgeführt war. Davon sind 39 = 11·9% Todesfälle zu verzeichnen, und zwar ist die Mehrzahl direkt mit dem operativen Eingriff in Zusammenhang zu bringen. v. Bergmann hält den Blutverlust, den Shock, den Prolaps der Hirnsubstanz nach Aufschneiden der Hirnhäute etc. für die gefährlichen Erscheinungen bei der Trepanation.

Wenn man die Resultate der Trepanation bei den verschiedenen Formen der Epilepsie betrachtet, so muß auch hier wieder eins im Auge behalten werden; infolge von zu kurzer Beobachtung ist man sehr oft zu günstigeren Schlüssen über die Operation gekommen als berechtigt war. v. Bergmann, Braun, Cosh u. a. verlangen, daß der Patient mindestens drei Jahre nach der Operation ohne Anfälle geblieben ist, ehe man von einer endgiltigen Heilung reden kann, da noch innerhalb dieser Zeit häufig Rezidive gesehen werden; in einem Fall von Kocher trat sogar noch nach fünf, in einem von Championnière nach zehn Jahren die Epilepsie wieder auf. Leider werden auch heute noch viele Fälle zu früh veröffentlicht; v. Bergmann sagt: „Der größte Teil der bezüglichen Mitteilungen ist sogar niedergeschrieben, ehe noch die Wunde geheilt war. Der Operateur eilte, urbi et orbi seinen Erfolg bekanntzugeben." — Er verlangt auch, daß sogenannte Besserungsfälle, wo die Anfälle seltener und weniger intensiv geworden sind, oder wo sie einige Zeit fortblieben und dann in geringerem Maße wiederkamen, fortfallen müssen, da solche Schwankungen auch sonst bei der Epilepsie vorkommen. — Es soll ebenfalls wieder nicht vergessen werden, daß Besserungen oder sogar Heilungen der Epilepsie nach schweren Verletzungen (v. Bergmann, Braun, Féré) oder Hautreizen (z. B. Verbrennungen) an anderen Körperteilen hie und da vorkommen, daß also auch durch Operationen Derartiges erzielt werden kann und man kein Recht hat, dies als Erfolg einer bestimmten Operationsmethode hinzustellen; dazu kommt, daß eine ganze Reihe Spontanheilungen zu verzeichnen sind: von 140 Fällen mit traumatischer Epilepsie, die drei Jahre bestand, sind sieben spontan geheilt, wie aus den Invalidenlisten der deutschen Heere hervorgeht (s. v. Bergmann).

Vor allem scheinen die traumatischen Epilepsieformen für die Trepanation geeignet, besonders die traumatische Jackson'sche Epilepsie. Da man ja immer eine sichtbare Ursache der Epilepsie hat und eine genaue Lokalisation möglich ist, ist hier wohl eine Trepanation am meisten angebracht. Aber auch, wenn äußerlich nach einem Trauma am Schädel keine Verletzung nachzuweisen ist und einige Zeit später Konvulsionen auftreten, die auf Affektion eines motorischen Zentrums hindeuten, muß operiert werden, denn Graff weist darauf hin, daß nach Versuchen von Felizet ohne äußere Schädelverletzung infolge der Elastizität der Schädeldecken eine Beschädigung des Gehirns entstehen kann.

Horsley, Gerster und Sachs,

Digitized by Google

Schär, Kocher verlangen, daß schon bei frischem Trauma des Schädels immer zum Messer gegriffen werden soll oder wenigstens, wenn auch nur der Schatten eines Zweifels vorliegt, um die eventuell später auftretende Epilepsie, Demenz und Entwicklungshemmungen zu verhüten. — Die sofort nach einem Trauma auftretenden Krampfanfälle hält übrigens v. Bergmann nicht für echte, sondern für symptomatische Epilepsie, da gewöhnlich gleich nach der Operation schnelle und sichere Heilung erreicht wird. Die echte Epilepsie bildet sich durch eine schon verharschte, eventuell lang vernarbte Wunde.

Genaue Statistiken über die Trepanation bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie haben Braun und Graf aufgestellt. Matthiolius faßte diese, die alle seit 1889 in der Literatur bekannt gewordenen Fälle enthalten, zusammen. Es sind 169 Fälle. Davon sind 61 = 36·1% zu kurz beobachtet, 30 = 17·8% nicht geheilt, 9 = 5·3% vorübergehend gebessert, 21 = 12·4% dauernd gebessert, 39 = 23·1% geheilt (10 über 3 Jahre beobachtet = 5·9%), 9 = 5·3% gestorben.

Nast-Kolb stellte noch die Fälle von 1899—1904 zusammen, welche von Braun, Graf, Matthiolius noch nicht berücksichtigt waren; es sind nur wenige alte Fälle darunter, bei denen die endgiltige Heilung konstatiert wird. Im ganzen sind es 35, von denen 14 = 40% geheilt sind (jedoch nur ein Jahr beobachtet).

In den Fällen, wo die Epilepsie auf traumatischem Ursprung beruht, bei denen aber von vornherein allgemeine Konvulsionen bestanden, oder sich erst aus der typischen Jackson'schen Epilepsie, indem sie auf die andere Seite übergriffen, entwickelten, bei der traumatischen allgemeinen Epilepsie, ist ebenfalls die Trepanation, wenn auch nicht so häufig vorgenommen worden. Bei Matthiolius finden sich 52 Fälle, davon sind 28 = 53·90% nicht geheilt oder nur kurze Zeit ohne Anfälle gewesen, 11 = 21·1% gebessert (10 dauernd), 10 = 19·2% geheilt (nur 3 = 5·9% über drei Jahre beobachtet), 3 = 5·9% gestorben. Die übrigen neueren Fälle von allgemeiner Epilepsie finden sich bei Nast-Kolb, 15 (2 = nicht traumatisch). Nur 3 = 20% sind geheilt (über ein Jahr beobachtet).

Man wird sich auf Grund dieser Statistiken sofort fragen, warum bei den traumatischen Epilepsien, bei denen doch alle Indikationen für einen operativen Eingriff gegeben zu sein scheinen, bei denen gewissermaßen, wie Gowers sich ausdrückt, „ein chirurgischer Zwang" besteht, so wenig befriedigende Resultate erzielt worden sind. Graff meint, daß ein sicherer Schluß aus diesen Statistiken eigentlich nicht zu ziehen ist, da ja immer eine ganze Anzahl von Fällen wegen zu kurzer Beobachtung fortfällt und von diesen immerhin noch ein guter Bruchteil dauernd geheilt sein wird. Weitere Angaben über diese Fälle sind also durchaus nötig.

Versuche zur Erklärung der Mißerfolge und Ratschläge zu ihrer Vermeidung sind von allen Seiten gemacht worden. Jolly, v. Bergmann nehmen bei Epileptikern die sogenannte „epileptische Veränderung" des Gehirns an, die sich allmählich nach öfterer Wiederholung der Anfälle ausbildet und von der ursprünglichen Reizquelle unabhängig wird, also nicht mehr an die frühere Läsion gebunden ist. Sie meinen daher, daß bei den ohne Erfolg operierten Fällen die „epileptische Veränderung" des Gehirns zur Zeit der Operation schon zu weit vorgeschritten war, als daß man sie durch Entfernung der Läsion noch hätte beeinflussen können; die Unsicherheit der Prognose der Operation ist umso größer, da keine sicheren Kriterien für die Zeit zwischen dem ersten Anfall, wo die „epileptische Veränderung" noch nicht stationär war, und dem ersten Anfall mit dauernder Veränderung vorhanden sind. Sachs und Gerster suchen diese Veränderung in einer Sklerose der Hirnrinde. Ganz besonders suchen die Autoren die Mißerfolge bei der Exzision von Zentren nach Horsley mit der Theorie der epileptischen Veränderung zu erklären. — Auf Grund ihrer Erfahrungen raten v. Bergmann, Sachs und Gerster, sowie Navratil, Binswanger, Oppenheim,

Digitized by Google

Donath, Graff, Doran, Bourneville, Fraenkel, Eulenburg, Sivén, Féré u. a. zu einer möglichst frühzeitigen Operation nach dem ersten Auftreten der Konvulsionen, ehe die Veränderung noch allgemein geworden ist. v. Bergmann kennt mehrere Fälle (z. B. von Krönlein, aus dem deutschen Sanitätsbericht von 1870), wo durch frühzeitiges Operieren ein sehr günstiges Resultat erzielt worden ist. Gegen diese Auffassung machen aber Braun, Graff, Putnam und Kocher geltend, daß es auf Grund der großen Statistiken gleichgiltig ist, ob früher oder später operiert wird, da Fälle vorhanden sind, die nach jahrelangem Bestehen der Epilepsie geheilt worden sind; Höfer sah auch in frischen Fällen Mißerfolge.

Nach v. Bergmann soll die Prognose auch umso günstiger sein, je früher nach der Verletzung die Epilepsie auftritt, jedoch Graff, Leyden führen Fälle an, bei denen die Epilepsie erst sehr spät (ein Fall erst nach 24 Jahren) nach dem Trauma erschien und doch durch Operation Heilung erzielt wurde.

Die angeblich unvermeidliche Narben- und Adhäsionsbildung nach der Operation wird ebenfalls von vielen als Ursache der Rezidive angeführt (Binswanger, v. Bergmann, Naunerede, Sacchi, Haeckel, Starr, Gussenbauer). Zur Umgehung dieser Narbenbildung sind daher die verschiedensten Methoden, wie Einlegen von Zelluloid-, Gummi-, Goldblättchen zwischen Dura und Gehirn etc. angegeben worden. Die oben erwähnten Versuche von Ito, Berezowski scheinen jedoch genügend bewiesen zu haben, daß sich bei aseptisch verlaufender Operation keine Adhäsionen bilden.

Es soll immer berücksichtigt werden, daß außer dem Trauma noch andere schädigende Momente da sein können, wie Alkoholismus, erbliche Belastung oder irgend eine konstitutionelle Erkrankung, welche natürlich durch die Operation nicht beeinflußt werden. Sind sie unbemerkt geblieben, so wird der etwaige Mißerfolg auf die Operation zurückgeführt.

Von sehr vielen Autoren wird besonders hervorgehoben, daß bei allgemeiner traumatischer Epilepsie die Resultate schlechter sind, als bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Es tritt hier ja deutlich hervor, daß die epileptischen Anfälle nicht mehr so abhängig von der ursprünglichen Narbe sind, sondern daß die „epileptische Veränderung" des Gehirns bereits weiter um sich gegriffen hat. Nach der Erfahrung Binswangers hat sich im allgemeinen bestätigt, daß Heilungen hier zu den Ausnahmen gehören.

Bei der chirurgischen Behandlung der nicht traumatischen Epilepsieformen kommt besonders die nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie in Betracht. Bei ihr ist zuweilen ein schmerzhafter Punkt in der Gegend des entsprechenden motorischen Zentrums (Braun, Féré) vorhanden, der einen operativen Eingriff berechtigt erscheinen läßt, da unter der Schädeldecke pathologische Veränderungen versteckt sein können. Aber auch ohne dies können pathologische Veränderungen an der Hirnrinde vorhanden sein (Sahli). Da nun infolge der typischen Krämpfe eine ungefähre Lokalisation des betreffenden Zentrums möglich ist, so scheint auch hier ein operativer Eingriff Aussicht auf Erfolg zu haben.

In der Statistik von Matthiolius finden sich 89 Fälle von nicht traumatischer Jackson'scher Epilepsie, bei denen die Trepanation ausgeführt worden ist. Davon sind 25 = 28·1% nicht geheilt, 25 = 28·1% gestorben, 10 = 11·2% gebessert (9 dauernd), 17 = 19·1% mit Erfolg operiert, jedoch zu kurz beobachtet, 12 = 13·5% geheilt (alle nicht über ein Jahr beobachtet). Die übrigen 35 Fälle bis 1904 sind von Nast-Kolb gesammelt, davon sind 8 = 22·8% geheilt (zirka ein Jahr beobachtet). Also auch hier weit schlechtere Resultate als bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie! Besonders tritt die Zahl der Todesfälle hervor, welche die der Geheilten weit übersteigt. Alle die oben erwähnten Gründe für die Mißerfolge gelten auch hiefür.

Digitized by Google

Die meisten Autoren, wie Binswanger, Oppenheim, Sachs und Gerster, Graff u. a. empfehlen nach der Operation eine lang fortgesetzte konsequente Brom- und diätetische Behandlung, damit das Gehirn nach der Operation zur Ruhe gebracht wird.

Die Trepanation bei der Epilepsie hat bei den verschiedenen Formen also sehr verschiedene Ergebnisse. Im allgemeinen sind die Gesamtresultate bei den traumatischen Epilepsien günstiger als bei den nicht traumatischen.

Von einigen sind Versuche gemacht worden, Indikationen für die Trepanation aufzustellen, aber die meisten geben doch zu, daß das nach den bisherigen Ergebnissen in genauer Weise noch nicht möglich ist. Fast alle halten die traumatische Jackson'sche Epilepsie am günstigsten für die Trepanation, da hier die besten Resultate erzielt worden sind (v. Bergmann, Matthiolius, Binswanger, Eulenburg, Donath etc.). Nach v. Bergmann nützt hier eine Operation mehr als die Bromkaliumbehandlung! — Braun hält besonders die Fälle für günstig, bei denen das Trauma an derselben Stelle sitzt, wo auch aus den Krämpfen auf eine Rindenläsion geschlossen werden kann. — Der Status epilepticus unilateralis, der bei der Jackson'schen Epilepsie durch Häufung der Krampfanfälle entsteht, ist nach Binswanger, Nancrede, Winkler eine strikte Indikation für die Trepanation und hat hiebei oft lebensrettend gewirkt. — Kontraindiziert hält Navratil die Operation, wenn eine zu große Verletzung des Schädels und Gehirns da war, wenn der Allgemeinzustand bereits schlecht ist und die Krämpfe exzessiv häufig und stark auftreten.

Wildermuth, v. Bergmann, Sahli, Cosh, Sivén, Rein wollen die Trepanation nur auf die typische Jackson'sche Epilepsie, sei sie traumatisch oder nicht traumatisch, beschränkt wissen. Besonders kommt bei diesen Epilepsieformen die obenerwähnte Rindenexzision nach Horsley in Betracht.

Bei der traumatischen allgemeinen Epilepsie ist wenig Aussicht auf Erfolg. Die, welche zu einer Operation raten, empfehlen eine genaue Beobachtung aller „Signalsymptome", d. h. der Aura oder des vorausgehenden Krampfes irgend einer Muskelgruppe, um dadurch eine Lokalisation des beschädigten Zentrums zu ermöglichen (Binswanger); nur wenn diese Symptome vorhanden sind, soll man operieren (Graff, Oppenheim). Kann durch Druck auf eine Narbe am Schädel eine Aura ausgelöst werden, so ist ebenfalls eine Indikation für die Operation gegeben (Oppenheim, Binswanger). Besteht die Aura in Gehörs-, Gesichts-, Geschmackshalluzinationen, Reproduktion von Erinnerungsbildern, so will Binswanger, entgegen der Ansicht von Winkler, eine Trepanation ausschließen, da eine genaue Lokalisation dieser Empfindungen nicht möglich ist. Selbstverständlich ist auch dann die chirurgische Behandlung ausgeschlossen, wenn das Trauma nur Gelegenheitsursache für das Auftreten von Krampfanfällen war. — Die Exzision von normalen Rindenzentren ist bei der allgemeinen traumatischen Epilepsie absolut kontraindiziert (v. Bergmann, Binswanger).

Erwähnt sei noch, daß auch die psychisch-epileptischen Aequivalente nach Trauma mit Erfolg durch Trepanation behandelt worden sind (Höfer).

Alle diese Formen der Epilepsie sind oft nicht ganz rein, sondern stellen sich als Uebergangsformen dar. Hier kann nur von Fall zu Fall entschieden werden, ob eine Operation noch möglich ist oder nicht. Es ist überhaupt die Ansicht Eulenburgs und anderer zu beachten, die weder in der traumatischen und partiellen Epilepsie eine strikte Indikation, noch in der allgemeinen Epilepsie eine strikte Kontraindikation für die Trepanation sehen. Es ist vielmehr jedesmal nach dem einzelnen Krankheitsbilde zu entscheiden.

Am meisten hat die Chirurgie bei einer

Digitized by Google

Form der Epilepsie, bei der Reflexepilepsie, an Terrain gewonnen. Diese tritt besonders dann auf, wenn Narben, eingedrungene Fremdkörper etc. an den peripherischen Teilen des Körpers (eventuell auch Kopfhaut, Gesicht etc.) einen Nerven reizen. Auch durch Erkrankungen der Nase, des Uterus, des Magens, der Leber, durch Eingeweidewürmer, durch Kehlkopfpolypen, durch Phimosis, kariöse Zähne, sogar durch Refraktionsanomalien etc. kann Reflexepilepsie erzeugt werden. Die Anfälle beginnen mit einer Aura, die von der betreffenden Stelle ausgeht. Lange Zeit bleiben die Zuckungen auf eine Muskelgruppe oder Extremität beschränkt, erst später können sie halbseitig und dann allgemein werden, bis sich schließlich auch Bewußtlosigkeit einstellt. Oft bleibt eine Lähmung des zuerst ergriffenen Körperteils kurze Zeit nach dem Anfalle bestehen (Binswanger, Oppenheim).

Es ist klar, daß nur durch Entfernung der ursprünglichen Schädlichkeit erfolgreich gegen die Anfälle vorgegangen werden kann. „Je ausgeprägter epileptogene Zonen vorhanden sind, desto sicherer ist die Indikation zur Operation" (Binswanger). Es soll dann also sofort operiert werden, wenn von der peripheripherischen Läsion (Narbe etc.) aus ein Anfall oder eine Aura durch Druck oder elektrische Reizung hervorgerufen werden kann.

So hat man Heilungen durch Ausschneiden der Narbe, durch Amputation eines Fingers, sogar eines Armes oder Beines (Seeligmüller), durch Exzision von Neuromen, durch Nervendehnung, Extraktion von Fremdkörpern aus Nase, Rachen, Kehlkopf erzielt (von Bergmann). Andere heilten die Reflexepilepsie durch Abtragung der Spina septi, von Muschelhypertrophien der Nase etc. (van Eeckhaute, ten Siethoff u. a.), durch Phimosespaltungen, Klitoridektomien, Kastrationen etc. (v. Bergmann). Doran machte teils mit, teils ohne Erfolg Exstirpation der zystischen oder normalen Ovarien, Oeffnung einer Atresia vaginae. Murphy, Paterson, Stoewer erzielten günstige Resultate durch Korrigation von Refraktionsanomalien des Auges (s. Donath).

Wieder erreichte man auch hier bei weitem nicht in allen Fällen Heilung; es wurden zur Erklärung der Mißerfolge ungefähr dieselben Gründe angeführt wie bei den übrigen Epilepsieformen, so die Theorie von der „epileptischen Veränderung" (Jolly, v. Bergmann, Unverricht). Daher soll hier ebenfalls möglichst früh operiert werden. — Die Läsion kann weiter nur Gelegenheitsursache sein, indem das Gehirn schon vorher verändert war und nur ein Anfall genügte, „um die schlummernde Krankheit zu wecken und fortdauern zu lassen" (v. Bergmann).

Schwierig ist die Indikationsstellung zur Operation, wenn mehrere epileptogene Zonen bestehen, die nicht mit der Läsion zusammenfallen (Binswanger).

Wenn man alles zusammenfaßt, ist der heutige Stand der Therapie der verschiedenen Epilepsieformen (mit Ausnahme der genuinen Epilepsie) folgender:

1. Bei der allgemeinen traumatischen Epilepsie ist mehr zu einer Brombehandlung zu raten, besonders dann, wenn sofort nach einem Trauma allgemeine Konvulsionen mit Bewußtlosigkeit auftraten.

Dagegen ist eine Trepanation vielleicht zu versuchen, wenn früher nur partielle Epilepsie da war, wenn der Krampf jedesmal in einer bestimmten Muskelgruppe beginnt oder durch eine Aura auf eine bestimmte Lokalisation geschlossen werden kann, hauptsächlich, wenn diese Aura durch Druck auf eine Narbe am Schädel ausgelöst wird. Die Aussicht auf Erfolg ist gering.

2. Die typische Jackson'sche Epilepsie, sei sie traumatisch oder nicht traumatisch, soll, da eine genaue Lokalisation möglich ist, immer mit der Trepanation behandelt werden, und zwar so früh es irgend geht, nach Auftreten der epileptischen Krämpfe; die Rindenexzision nach Horsley wird hier am meisten empfohlen. — Der Operation soll eine

Digitized by Google

lang dauernde Brombehandlung zur Unterstützung der operativen Therapie folgen.

3. Bei der Reflexepilepsie muß die die Anfälle auslösende Schädigung (Narbe etc.) möglichst früh operativ entfernt werden, wenn sicher festgestellt ist, daß keine andere Ursache der Epilepsie vorliegt.

4. Auch bei diesen Formen der Epilepsie muß für eine zweckentsprechende Ernährung und Lebensweise gesorgt werden, da sie die spezifische Therapie auf das Wirksamste unterstützen.

Literaturverzeichnis.

Ackermann: Das Amylenhydrat im Status epilepticus. Zeitschr. f. Behandl. Schwachsinniger, Nr. 4, 1896.

Alt: Die alimentäre Behandlung der Epilepsie. Jahresversamml. d. Deutschen Vereins f. Psychiatrie zu Göttingen, April 1904. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 481.

Alt: Einfluß der Kost auf die Anfälle der Epileptiker. Versamml. d. Vereins d. Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens in Hannover. Mai 1902. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 715.

Alt: Zur Behandlung der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 224.

Aly: Aerztlicher Verein Hamburg. April 1892. Münch. med. Wochenschr. 1892, S. 299.

Babes: Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittels subkutaner Injektion von normaler Nervensubstanz. Deutsche med. Wochenschr. 1892, S. 683.

Babes u. Bacouvier: Die Verhütung und Heilung der toxischen Epilepsie durch Injektion normaler Nervensubstanz. Académie des Sciences, Juli 1899; Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 1191.

Balint: Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1901, S. 617.

Balint: Weitere Beiträge zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 347.

Ballet: Trépanation et épilepsie. Gazette des hôpit. 1899. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900.

Bayer: Ueber Sympathikusresektion bei Epilepsie. Prager med. Wochenschr. 1898.

Beach: Behandlung von geistig normalen Epileptikern. British med. Assoc., August 1898. Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 1403.

Beach: The treatment of epileptics. Lancet 1903. Ref. Neurol. Zentralbl. 1903.

Bechterew, v.: Zur Frage über die Blutzirkulation im Hirn während epileptischer Anfälle nach den Untersuchungen von Dr. Todorsky. Neurol. Zentralbl. 1891, S. 684.

Bechterew, v.: Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauches der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1894, S. 838.

Bechterew, v.: Ueber die Bedeutung der Kardiaka bei der Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 290.

Beck, v.: Verhandlungen des 28. Chirurgenkongresses 1899. Ref. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 374.

Benedikt: Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Wien. med. Presse, Nr. 28, 1892.

Berezowski: Bedingungen und Methodik operativer Druckentlastung des Gehirns. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1899, S. 275.

Bergmann, v.: Ueber einige Fortschritte in der Hirnchirurgie. Berl. klin. Wochenschr., 22. April 1895.

Bergmann, v.: Die chirurgische Behandlung der Hirngeschwülste. Samml. klin. Vorträge von Volkmann, Nr. 200. 1897.

Bergmann, v.: Hirnchirurgie bei Tumor cerebri und bei der Jackson'schen Epilepsie. Erfolge der operativen Therapie. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 920.

Bergmann, v.: 28. Kongreß für Chirurgen, Berlin, April 1899.

Bergmann, v.: Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft Juni 1899. Ref. Münch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1899.

Bergmann, v.: Die Epilepsie nach Kopfverletzungen und die chirurgische Behandlung der Epilepsie. Handb. d. prakt. Chir., II. Aufl. Stuttgart 1903. 1. Bd.

Bernays: Drei Fälle von Unterbindung der Arteria vertebralis bei Epilepsie. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Ref. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 28.

Bier: Ueber den Einfluß künstlich erzeugter Hyperämie des Gehirnes und künstlich erhöhten Hirndruckes auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. VII, 1901, S. 333.

Binswanger: Die Epilepsie. Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel. XII. Bd., 1. Teil, 1. Abt., Wien 1899.

Digitized by Google

Biro: Einiges über Epilepsiebehandlung. Wien. klin. Wochenschr. 1901, S. 770.

Biro: Ueber die Therapie der Epilepsie. Versammlung der polnischen Aerzte und Naturforscher in Krakau, Juli 1900. Ref. Neurol. Zentralbl. 1901, S. 682.

Böhme: Beitrag zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1897, Bd. 53, S. 330.

Bodoni: Uso della bromipina nella cura della epilessia. Riv. di Patholog. nerv. e. ment. IV. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900.

Bogdanik: Sympathikusresektion bei genuiner Epilepsie. Wien. med. Presse 1893.

Bondurant: Remarks on treatment of chronic epilepsy. American. Journ. of Insanity 1894. Ref. Neurol. Zentralbl. 1895.

Borischpolsky: Zur Behandlung der Epilepsie mittels Opium und Brom nach der Flechsig'schen Methode. Versammlung der Aerzte der St. Petersburger Klinik für Nerven- und Geisteskranke. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 905.

Bouchard: Académie de Med., Dezember 1898. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 202.

Bourneville: Suites éloignés du traitement chirurgical de l'épilepsie. Progrès med. 1898, S. 591.

Bourneville: Suites éloignés du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie. Kongreß der französischen Nerven- und Irrenärzte. Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1902, Bd. V.

Bramwell: On intracranial surgery. Edinburgh. med. Journ. 1894. Ref. Neurol. Zentralbl. 1895, S. 178.

Brat: Bromokoll. Ther. Monatsh., Nr. 4, 1901.

Bratz: Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Opium-Bromkalium (Flechsig-Kur). Psychiatrischer Verein zu Berlin, 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 46.

Bratz: Zur Opiumbrombehandlung der Epilepsie nach Flechsig. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898, Bd. 54, S. 208.

Bratz: Die Rolle der Autointoxikation in der Epilepsie. Verein Deutscher Irrenärzte, Berlin 1901. Münch. med. Wochenschr. 1901, S. 810.

Braun: Ueber die chirurgische Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1896, S. 968.

Braun: Ueber die Erfolge der operativen Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1898, Bd. 48, S. 223.

Braun: Ueber die Resektion des Halssympathikus bei Epilepsie. Arch. f. klin. Chir. 1901, Bd. 64, S. 715.

Brill: The status of operative procedure as a remedial agent for epilepsy. Journ. of nerv. and mental disase 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 748.

Bunge: Ueber die Bedeutung traumatischer Schädeldefekte und deren Deckung. Arch. f. klin. Chir. 1903, Bd. 71, S. 813.

Cabitto: Il bagno d'aria calda come mezzo terapeutico d'alcuni parosisni epilettici. Riv. speriment. Di Fren 1897, XXIII.

Cappeletti u. d'Orma: Versuche mit Kochsalzentziehung bei der Brombehandlung Epileptischer. Atti dell Acad. di Med. di Ferrara. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1902.

Ceni: Nuove proprieta tossiche et terapeu tiche del siero di sanger degli epilettici e loco applicazioni pratiche. Riv. speriment. di Fren. e Med. leg. delle alien. ment. 1901. Ref. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 338.

Ceni: Spezifische Autozytotoxine und Antiautozytotoxine im Blut der Epileptiker. Neurol. Zentralbl. 1903.

Championière: Sur la trépanation dans l'épilepsie jacksonienne. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XVII. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1892, S. 438.

Championière: Die Jackson'sche Epilepsie im Hinblick auf ihre operative Behandlung. Wien. klin. Rundsch. 1897.

Championère: Französischer Chirurgenkongreß 1901.

Chipault: Interventions décompressives dans les affections non traumatiques et non microcephaliques de l'encéphale. L'indépendance méd. 1896. Communication au X. Congrès de Chir. October.

Chipault: Le traitement de l'épilepsie, de l'idiotie et d'autres états encéphaliques analogues par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. Gaz. de hôp. 1898. Ref. Neurol. Zentralbl. 1898.

Chipault: Die Chirurgie des Sympathikus. Acad. de Méd., Dez. 1898. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 202.

Chipault: De la généralisation des crises épileptiques, consecutives aux traumatismes localisés du crâne chez l'enfant et de leur traitement. Travaux de neurol. chir. 1900. Ref. Neurol. Zentralbl. 1902.

Digitized by Google

Chipault: Französischer Chirurgenkonreß 1901.

Chipault: Sur la valeur chirurgical de l'épilepsie jacksonienne. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 824.

Collins: Treatement of epilepsy with especial reference to the use of opium. Med. Record. 1894. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 378.

Cosh: The surgical treatment of epilepsy, with a report of fourteen cases. Med. and surg. report of the presbyterian Hospital of the city of New-York. 1898. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1897.

Coy: Traumatice epilepsy. Annals of surgery 1903. Zentralbl. f. Chir. 1904.

Cramer: Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens, Mai 1899 in Porta Westfalica. Neurol. Zentralbl. 1899.

Dehio: Ueber die Bedeutung der kortikalen Epilepsie für die topische Diagnostik der Hirnkrankheiten. St. Petersb. med. Wochenschr. 1894. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1895, S. 122.

Déjérine: Acad. de Med., Dezember 1898. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 202.

Déjérine: Société de biologie de Paris. Februar 1899. Münch. med. Wochenschr. 1899.

Delagénière: Eine neue Behandlungsart der Epilepsie durch die Ligatur des Sinus longitudinalis superior. Arch. prov. du chir. 1904. Münch. med. Wochenschr. 1905, S. 370.

Delbet: Note sur l'épilepsie jacksonienne posttraumatique. XVI. franz. Chirurgenkongreß. Paris 1903.

Donath: Der Wert der Resektion des Halssympathikus bei genuiner Epilepsie nebst einigen Beobachtungen und Versuchen der Sympathikuslähmung. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 16, 1898,

Donath: Therapeutische Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Epilepsie. Psych. Wochenschr., Nr. 8—10, 1900.

Donath: Kraniektomie bei Epilepsien verschiedenen Ursprunges. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 46, 1903.

Donath: Die Bedeutung des Cholins in der Epilepsie. Nebst Beiträgen zur Wirkung des Cholins und Neurins, sowie zur Chemie der Zerebrospinalflüssigkeit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1904, Bd. 27, S. 71.

Doran: Operative interference in epilepsy. Albany med. Annals. 1902. Zentralbl. f. innere Med. 1902.

Eeckhaute, van: Un nouveau cas d'épilepsy nasale. Revue hebdom. de laryngol. d'otol. et de rhine 1902. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1903, S. 266.

Ehrke: Ueber Bromeigon und Peptobromeigon in der Behandlung der Epilepsie. Psych. neurol. Wochenschr., Nr. 44, 1905.

Eiselsberg, v.: Zur Behandlung von erworbenen Schädeldefekten. Arch. f. klin. Chir. 1895, Bd. 50.

Engelhardt: Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Deutsche med. Wochenschrift 1904, S. 97.

Eulenburg: Ueber den jetzigen Stand der Epilepsiebehandlung. Ther. Monatsh., Nr. 11 und 12, 1892.

Eulenburg: Zur chirurgischen Epilepsiebehandlung, namentlich zur Kasuistik der Rindenexzisionen bei idiopathischen Epilepsien. Berl. klin. Wochenschr. 1895, S. 317.

Eulenburg: Zerebrin bei Epileptikern. Deutsche med. Wochenschr. 1902, S. 905.

Eyck, van: Partieele epilepsie en hare heelkundige behandeling. Amsterdam 1897. Ref. Neurol. Zentralbl. 1898.

Fedorow: Der Einfluß der Schwankungen des intrakraniellen Druckes auf die Entstehung der epileptischen Anfälle. Die Chirurgie, Bd. 11 (russisch). Ref. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1902, Bd. 5.

Féré: Die Epilepsie. Uebersetzung von P. Ebers. Leipzig 1896.

Féré: Note sur l'infidélité du borax dans le traitement de l'épilepsie et sur un accident de cette médication. Nouvelle inconogr. de la Salpetrière. 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. 1887, S. 706.

Féré: La tolérance des bromures chèz les épileptiques âgés. Rev. de Méd. 1900. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900.

Féré: Contribution à l'étude de l'action physiologique de quelques bromures. Nouv. iconogr. de la salp. 1902. Ref. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 375.

Féré: Remarque sur l'influence de l'hyporchlorisation sur l'action thérapeutique des bromures. Compt. rend. Soc. de Biol. 1903. Ref. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 524.

Fessel: Ueber das Verhalten des Broms im Tierkörper. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 9.

Fischer: When is surgical interference justifiable in cerebral disease? New-York Med. Journ. 1898. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 730.

Digitized by Google

Flechsig: Ueber eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M., November 1898. Neurol. Zentralbl. 1893, S. 229.

Flechsig: Zur Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1897.

Fleury: L'épilepsie toxialimentaire. Bull. de la Soc. de Therapeutique 1900. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1900, S. 396.

Fleury: Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. Paris 1901. Ref. Neurol. Zentralbl. 1901, S. 471.

Fraenkel: Zur Frage der Schädeloperationen bei Epilepsie. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 49, 1892.

Fraenkel: Psychiatrischer Verein, Berlin, Juni 1894. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1894, S. 487.

Franck: Signification physiologique de la resection du sympathique dans la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie et le glaucome. Bull. de l'Academie de Med. 63 Année. Ref. Zentralbl. f. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1901, Bd. IV, S. 437.

Friedländer: Bromokoll. Ther. Monatsh. 1901, S. 188.

Fürstner: Versammlung des Südwestdeutschen Psychiatrischen Vereins in Karlsruhe, November 1891. Neurol. Zentralbl. 1891, S. 733.

Fürstner: Zur Behandlung der Epilepsie. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte, Frankfurt a. M., November 1899. Neurol. Zentralbl. 1899.

Garbini: La cura dell'épilessia col metodo Richet. Riv. mens. de neuropatholog. e psichiatria 1901. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 21.

Gareis: Die Bromipinanwendung bei idiopathischer Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1903, S. 718.

Gélineau: Traité des épilepsies. Paris 1901. Ref. Neurol. Zentralbl. 1901, S. 476.

Gerhartz, jun.: Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 835.

Gerster u. Sachs: The surgical treatment of epilepsy. Amer. Journ. of the med. scienc. 1892. Zentralbl. f. Chir. 1894.

Gilliam: Oophorectomy for the insanity and epilepsy of the fenale. etc. Amer. Journ. of obstretr., Oktober 1896.

Graf: Die Trepanation bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Arch. f. klin. Chir., 1898, Bd. LVI, S. 591.

Graff: Die chirurgische Behandlung der traumatischen Jackson'schen Epilepsie. Psych. Wochen-chr., Nr. 14, 1900.

Gussenbauer: XXVIII. Chirurgenkongreß 1899. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 374.

Habermaas: Ueber die Prognose der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901, Bd. LVIII.

Haeckel: Der gegenwärtige Stand der Hirnchirurgie. Monatsschr. f. Psychiol. u. Neurol. 1899, Bd. V.

Hallé u. Babboneix: Drei Fälle von Epilepsie erfolgreich mit Brom ohne Salz behandelt. Rev. mens. des maladies de l'enfance 1902. Münch. med. Wochenschr. 1902, S. 1978.

Halmi: Die Behandlung von Epileptikern ohne Brom. Gyogyaszcat 1903 (ungarisch). Ref. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 524.

Halmi u. Bagarus: Ueber die Behandlung der Epilepsie nach der Methode von Toulouse und Richet. Psych. neurol. Wochenschr. 1903.

Halmi u. Bagarus: Versuche mit der Toulouse- und Richet'schen Epilepsiebehandlung. Gyogyaszcat 1902. Ref. Neurol. Zentralbl. 1902.

Harda: An improved method of brain localisation in epilepsy. Ann. of surg. 1894. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1894, S. 82.

Helmstädt: Die Behandlung der Epilepsie nach Toulouse und Richet. Psych. Wochenschr., Nr. 3, 1901.

Hermkes: Ueber den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1904, Bd. XXXIV.

Heßler: Epilepsy and Erysipelas. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1898. Ref. Neurol. Zentralblatt 1899, S. 602.

Hochenegg: Trepanation als chirurgische Behandlung der Epilepsie. Wien. klin. Wochenschr. 1892, S. 174.

Höfer: Beitrag zur Trepanation bei Epilepsie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899, Bd. IV, S. 709.

Hondo: Zur Frage der Substitution des Chlors durch Brom. Berl. klin. Wochenschr. 1902, S. 205.

Hoppe: Bedeutung der Jonentheorie für die Behandlung der Epilepsie. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen, Halle a. S., Oktober 1904. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 1070.

Hoppe: Ueber die Verwendung des Borax bei der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1904.

Horsley: Chirurgie des Zentralnervensystems. Vortrag auf dem X. internationalen Kongreß für Medizin, Berlin 1890. Ref. Neurol. Zentralbl. 1890.

Jaboulay: L'élongation du nerf hypogastrique. Lyon med. 1898, 17. April.

Digitized by Google

Jaboulay: L'électrisation du sympathique cervical chez l'homme. Lyon med. 1899, 20. Août.

Jaboulay u. Lannois: Die Behandlung der Epilepsie durch Sympathikusresektion. Rev. de med. 1899. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 425.

Jaksch: Die Neurotomie des Sympathikus in ihrem Einfluß auf die Epilepsie. Wien. med. Wochenschr., Nr. 16, 1892.

Jastrowitz: Psychiatrischer Verein zu Berlin. Dezember 1896. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 46.

Jolly: Ueber traumatische Epilepsie und ihre Behandlung. Charité Ann., XX. Jahrg. Münch. med. Wochenschr. 1896, S. 321.

Jolly: Psychiatrischer Verein zu Berlin, Dezember 1896. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 46.

Jonnesco: Totale und beiderseitige Resektion des Nervus sympathicus cervalis behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie. Zentralbl. f. Chir. 1897, S. 33.

Jonnesco: Die Resektion des Halssympathikus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowii und des Glaukoms. Zentralbl. f. Chir. 1899, S. 616.

Ito: Experimentelle Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1899, Bd. LII.

Keen: Fives cases of cerebral surgery. Amer. Journ. of the med. scienc. 1891. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1893, S. 235.

Kellner: Ueber die Erfolge der Flechsigschen Opium-Brombehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1898.

Kellner: Resultate der Opium-Brombehandlung bei Epilepsie. Aerztlicher Verein zu Hamburg, Dezember 1903. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 377.

Kocher: Chirurgische Beiträge zur Physiologie des Gehirns und Rückenmarks. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, Bd. XXXVI.

Kocher: Ueber einige Bedingungen objektiver Heilungen der Epilepsie. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1899. Zentralbl. f. Chir. 1899, S. 40.

König: Der knöcherne Ersatz größerer Schädeldefekte. Zentralbl. f. Chir. 1890, S. 497.

Kollaritz: Ueber das Bromalin. Ther. d. Gegenw. 1901.

Konrad: Landeskongreß der ungarischen Irrenärzte. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 227.

Kothe: Zur Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 255.

Krainsky: Pathogénie et traitement de l'épilepsie. Memoires cour. et autres mém. publ. par l'Acad. royale de méd. de Belgique 1901. Ref. Neurol. Zentralbl. 1902.

Krause: Verhandlungen des Chirurgenkongresses 1903.

Kümmell: Operative Behandlungsweisen der Epilepsie. Aerztlicher Verein Hamburg. Münch. med. Wochenschr. 1901, S. 480.

Kunkel: Ueber Bromretention bei Bromkalidarreichung. Münch. med. Wochenschr. 1898.

Laborde: Acad. de méd., Dezember 1898. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 202.

Laborde: Acad. de méd., September 1898. Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 1426.

Laborde: Zur rationellen Behandlung der Epilepsie. Acad. de méd. 1899, Dezember. Münch. med. Wochenschr. 1900, S. 105.

Laquer: Ueber das Bromalin. Neurol. Zentralbl. 1895, S. 15.

Laudenheimer: Ueber das Verhalten der Bromsalze im Körper der Epileptiker nebst Bemerkungen über den Stoffwechsel bei der Flechsig'schen Opium-Bromkur. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 538.

Laudenheimer: Ueber einige neue Arzneimittel und Methoden zur Epilepsiebehandlung. Ther. d. Gegenw., Juni 1900.

Laudenheimer: Ueber den Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der Epileptiker. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden, Juni 1901. Neurol. Zentralblatt 1901.

Leubuscher: Beiträge zur Kenntnis und der Behandlung der Epilepsie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1899, Bd. V, S. 335.

Leyden: Demonstration eines Falles von Rindenepilepsie, geheilt durch die Trepanation. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 37, 1894.

Linke: Psychiatrischer Verein zu Berlin, Dezember 1896. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 46.

Linke: Zur Opium-Brombehandlung der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896, Bd. LII, S. 753.

Lion: Ueber eine neue Behandlungsmethode der genuinen Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1901, S. 1292.

Lion: Weiteres über die Zerebrinotherapie bei der Epilepsie. Deutsch. med. Wochenschr. 1902, S. 905.

Lorenz: Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 2, 1899.

Digitized by Google

Lorenz: Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin. Wien. klin. Wochenschr. 1900, S. 1019.

Madsen: One Epilepsiebehandling med Bromnatrium i Forbindelsen med Klornatrium fattig Kost. Hosp. Tid. 1903. Ref. Neurol. Zentralbl. 1903.

Mannury u. Camuset: Epilepsie ancienne d'origine traumatique etc. Arch. de Neurol. 1892. Ref. Neurol. Zentralbl. 1893, S. 23.

Mariani: Fernere Ergebnisse der beiderseitigen Resektion des Halssympathikus bei neun Kranken mit gewöhnlicher Epilepsie. Zentralbl. f. Chir. 1901, S. 1015.

Marx. Bromokoll. Ther. Beil. d. Deutschen med. Wochenschr. 1901.

Mason: What is the value of operative interference in the treatment of epilepsy? Med. news 1896. Zentralbl. f. Chir. 1896, S. 1193.

Matthiolius: Ueber Schädeloperationen bei Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1899, Bd. 52, 1899, S. 83.

Mazzei: Anwendung der Serumtherapie bei Epileptikern nach dem Vorgange Cenis. La riforma med. 1904. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1904.

Meyer, R.: Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1903, S. 1049.

Meyers: Die Behandlung der genuinen Epilepsie mit Zerebrin. Weekbl. van het Nederl. Tydschr. vor Geneesk. 1902. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1903, S. 224.

Meyer u. Wickel: Zur Opium-Bromkur nach Flechsig (Ziehen'sche Modifikation). Berl. klin. Wochenschr. 1900, S. 1085.

Moravzsick: Anwendung von Parnassia palustris und von Borax bei Epilepsie. Gesellschaft der Spitalärzte in Budapest 1903. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 871.

Motet: Zur Behandlung der Epilepsie. Acad. de med., August 1898. Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 1226.

Müller, B.: Zur Kenntnis der Therapie der genuinen Epilepsie. Wien. klin. Rundsch. 1904.

Muskens: Die Bedeutung und die Beschwerden der Kochsalzenthaltung und die Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1905, S. 208.

Näcke: Die Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 645.

Nanerede: The operative treatment of Jacksonian and focal epilepsy. Ann. of surgery 1896. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1896, S. 1192.

Nast-Kolb: Beiträge zur Hirnchirurgie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1904, Bd. 74.

Navratil: Adatorka Jackson fêle traumatikus epilepsia kezelésêhez. Orvosi Hetilap 1889. Ref. Neurol. Zentralbl. 1890, S. 666.

Navratil: Ueber die Operation der Jackson'schen traumatischen Epilepsie. Pester med. chir. Presse 1903. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 878.

Navratzki u. Arndt: Ueber Druckschwankungen in der Schädelrückgrathöhle bei Krampfanfällen. Psychiatrischer Verein zu Berlin, Juni 1899. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 662.

Olsson: Et fall af Jacksons epilepsi; trepanation, heilsa. Hygiea 1903. Ref. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 520.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studierende. Bd. II. Berlin 1905.

Pandy: Die Erfolge der Epilepsiebehandlung nach Toulouse-Richet. Psych. neurol. Wochenschr., Nr. 37, 1902.

Pauschet: Traveaux de neurologie chir., Nr. 1, 1901.

Pellegrini: Ueber die Wirkung des Nitroglyzerins bei Epilepsie. Ref. med. 1901. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1901, S. 1146.

Peterson: Beneficial effects of the withdrawal of bromides in the treatment of epilepsy New-York. Med. Journ. 1897. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 321.

Pétzy-Popovitz: Ueber einige in der Psychiatrie benutzte Heilmittel. Gyogyaszat. 1904. Ref. Neurol. Zentralbl. 1905, S. 174.

Pilcz: Zur Frage der chirurgischen Behandlung der essentiellen Epilepsie. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1901, Bd. IV.

Pollitz: Kritische Betrachtungen über die Opium-Brombehandlung der Epilepsie. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1897, Bd. 53, S. 377.

Postempski u. Sciamanna: Estirpatione bilaterale del ganglio cervicale superiore del simpatico nell epilessia. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 270.

Probst: Ueber Opozerebrinbehandlung der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897, Bd. 53, S. 377.

Putnam: On the Relation of epilepsy to Injury of the Head. Boston and Surg. Journ. 1892. Ref. Neurol. Zentralbl. 1892.

Putnam: Theoretical and practical considerations on the treatment of Jacksonian epilepsy by operation, with the report of five cases. Transactions of amer. physician. 1901. Ref. Neurol. Zentralbl. 1902.

Digitized by Google

Rabbas: Zur Epilepsiebehandlung nach Flechsig. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896, Bd. 52, S. 796.

Rasumowsky: Zur Frage der Trepanation bei kortikaler Epilepsie. Arch. f. klin. Chir. 1902, Bd. 67, S. 139.

Raymond: L'épilepsie partielle. Pathogénie et traitement. Rev. internat. de thérapeut. et pharmacol. 1899. Ref. Chir. Zentralbl. 1900, S. 303.

Reich u. Ehrcke: Bromokoll, ein neues Brommittel in der Behandlung der Epilepsie. Ther. Monatsh. 1902, S. 68.

Rein: Die Resultate der operativen Behandlung der Jackson'schen Epilepsie und ihre Indikation. Die Chirurgie 1897 (russisch). Ref. Zentralbl. f. Chir. 1897, S. 1213.

Rellay: Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Paris 1898. Ref. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 1136.

Ricard: Epilepsie essentielle et résection du grand sympathique cervical; succès opérative, insuccès thérapeutique. Gaz. des hôp. Mars 1898.

Roche: Behandlung der Epilepsie mit Strontiumbromid. British. med. Assoc., Juli 1896. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1896, S. 836.

Roche: Bromstrontium bei Epilepsie. Lancet 1899. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 667.

Rondorf: Zwei Fälle von traumatischer Epilepsie im Status epilepticus durch Trepanation geheilt. Allgemeiner Aerztlicher Verein zu Köln, Oktober 1903. Münch. med. Wochenschr. 1904, S. 367.

Rossi: L'eccitabilità della corteccia cerebrale in raporto alla nuova terapia dell' epilessia. Ricerche speriment., Rivista speriment., Bd. 24. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 591.

Rumpf: Bemerkungen zu der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 238.

Sacchi: Del modo di riparare le perdite di sostanza del cranio. Plastiche della dura madre. Rif. med. 1893. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1893, S. 849.

Sachs: What can we exspect from the surgical Treatment of epilepsy? New-York. med. Journ. Vol. LV. Ref. Neurol. Zentralbl. 1892, S. 255.

Sachs u. Gerster: Die operative Behandlung der Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 1896, S. 555.

Sahli: Ueber hirnchirurgische Operationen vom Standpunkte der inneren Medizin. Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann. Neue Folge, Nr. 28. 1891.

Sala u. Rossi: Zur Frage über einige angebliche toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 852.

Sarbo: Die Epilepsie vom klinischen, pathologischen und therapeutischen Standpunkte. Budapester Kgl. Aerzteverein, November 1903. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 925.

Schäfer: Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 5.

Schär: Beiträge zur Hirnchirurgie mit spezieller Berücksichtigung der Aetiologie und operativen Behandlung der Epilepsie. Arch. f. Chir., Bd. 59; Zentralbl. f. Chir. 1899.

Schede: Aerztlicher Verein Hamburg, April 1892. Münch. med. Wochenschr. 1892, S. 298.

Schifone: Ueber die Wirkungen großer Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut auf die Struktur und Funktion der Hirnrinde. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1904, Bd. 75, S. 131.

Schlöss: Ueber den Einfluß der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie. Wien. klin. Wochenschr. 1901, S. 1124.

Schnitzler: Zur diätetischen Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1903, S. 803.

Schröder: La méthode du traitement du Flechsig. Neurol. Zentralbl. 1898.

Schultze: Beitrag zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung des Gehirntumoren und der Jackson'schen Epilepsie. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897, Bd. 9.

Schulze, F.: Einige Versuche über die Wirksamkeit des Bromipins bei Epilepsie. Inaug.-Diss. 1899, Göttingen. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900.

Schulze-Berge: Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Kassel, 1903. Zentralbl. f. Chir. 1903.

Schulze-Berge: Ueber Heilung Jacksonscher Epilepsie durch Operation. Arch. f. klin. Chir. 1904, Bd. 72, S. 101.

Scobbo: La corrente faradica nella cura dell epilessia. Giorn. internaz. med. 1898.

Seeligmüller: Neuere Arbeiten über Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 1894, S. 12.

Siethoff, ten: Reflexepilepsie nasalen Ursprunges. Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 1894. Ref. Chir. Zentralbl. 1895, S. 489.

Silberstein: Bromeigone. Ther. Monatsh. 1902, Jänner.

Sieven: Fyra operativt behandlade fall af traumatisk epilepsi jämte statistisk etc. Finska

Digitized by Google

Läkaresällskapets Handlinger, Bd. 39. Ref. Zentralblatt f. Chir. 1898, S. 878.

Smith: Note on twelve cases of epileptic insanity treated by means of bromide of strontium. Lancet 1899. Ref. Neurol. Zentralbl. 1900, S. 271.

Sommer: Naturforscherversammlung zu Nürnberg, September 1893. Ref. Neurol. Zentralbl. 1893, S. 667.

Souques: Suites eloignées de la résection du sympathique dans l'épilepsie essentielle. Soc. de Neurol. Juillet 1899. Chir. Zentralbl. 1899.

Spisharny: Zur Frage der Trepanation bei traumatischer Epilepsie. Russ. Arch. f. Chir., Bd. XLX, 2. Heft. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1903, S. 959.

Starr: Hirnchirurgie. 1895. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1895, S. 599.

Starr: A contribution to brain surgery, with spezial reference to brain tumors. Med. Record 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 596.

Stein: Naturforscherversammlung zu Nürnberg, September 1893. Neurol. Zentralbl. 1893, S. 667.

Stewart: Drainage des Seitenventrikels bei Epilepsie. Edinburgh. Med. Chir. Soc. 1897. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1897.

Strümpell, v.: Behandlung der Epilepsie. Handb. d. Ther. innerer Krankh. von Penzoldt u. Stinzing. Jena 1903. V. Bd.

Szabo: Eine neue Methode der Epilepsiebehandlung. Psych. neurol. Wochenschr. 1904, Nr. 39.

Tekutjeff: Zur Behandlung der Epilepsie mit Adnonis vernalis. Neurol. Zentralbl. 1898, S. 140.

Termet: La chirurgie cérébrale en Amérique. Gaz. méd. de Paris 1896, Bd. 67. Ref. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 135.

Toulouse u. Marchand: Ueber die Behandlung der Epileptiker mit Ovarialsubstanz. Neurol. Zentralbl. 1899, S. 527.

Toulouse u. Richet: Effects d'une alimentation pauvre des chlorures sur le traitement de l'épilepsie etc. Compt. rend. hebdom de séances de l'Acad. des Scienc., 20. November 1899.

Turner: Die Prognose der Epilepsie. Edinburgh. Med. Journ. 1904. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1905, S. 423.

Turnowsky: Drei Fälle von vollständig geheilter Epilepsie. Wien. med. Wochenschr., Nr. 35, 1901.

Unverricht: Ueber die Epilepsie. Sammlung klin. Vortr. v. Volkmann, Nr. 196, 1897.

Verchère: Trépanation et épilepsie Jacksonienne. Rev. de chir. 1893. Ref. Neurol. Zentralblatt f. Chir.

Vidal: Soc. de Biol. de Paris. Februar 1899. Münch. med. Wochenschr. 1899.

Vidal: Sur les bases physiologiques et les indications de la résection du sympathique dans les épilepsies essentielles generalisees. Rech. expériment. et cliniques. Arch. prov. de chir. 1899. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1899, S. 980.

Vidal: Du choix de l'intervention dans les épilepsies essentielles généralisées. Travaux de Neurol. chir. 1900. Neurol. Zentralbl. 1902, S. 23.

Vidal: Die Dauererfolge der chirurgischen Behandlung der genuinen Epilepsie. Congrès francais de chirurgie, Paris, Oktober 1903. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1904, S. 793.

Völker: Jahresbericht der Provinzial-, Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen bei Hannover, April 1899 bis März 1900. Ref. Neurol. Zentralbl. 1901.

Vogelsang: Zur Behandlung der Epilepsie. Psychiatrischer Verein, Berlin, Juni 1896. Ref. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 506.

Warda: Erfahrungen über die Behandlung der Epilepsie mit Opium-Brom. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1897, Bd. II, S. 257.

Weber: Neuere Anschauungen über die Bedeutung der Autointoxikation bei Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 818.

Wende: Beiträge zur Blutserumbehandlung der genuinen Epilepsie. Psych. neurol. Wochenschrift, Nr. 29, 1903.

Wildermuth: Ueber zwei von Dr. v. Burkhardt in Stuttgart operativ behandelte Fälle von Epilepsie. Versammlung des südwestdeutschen spychiatrischen Vereins in Karlsruhe, November 1891. Ref. Neurol. Zentralbl. 1891, S. 733.

Winkler: L'intervention chrirurgicale dans les épilepsies. Cong. intern. de neurol. psych., de neurol. et d'hynologie à Bruxelles. September 1897. Ref. Zentralbl. f. Chir. 1898.

Winter: Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. Totale und beiderseitige Resektion des Halssympathicus bei der essentiellen Epilepsie nebst eigenen Fällen. Arch. f. klin. Chir. 1902, Bd. 67.

Wistocki: Zur Symptomatologie und Therapie der Epilepsie. Versammlung polnischer Aerzte und Naturforscher in Krakau, Juli 1900. Ref. Neurol. Zentralbl. 1901, S. 682.

Digitized by Google

Wulff: Kurze Mitteilungen über Epilepsiebehandlung. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover, Mai 1895. Neurol. Zentralbl. 1895, S. 520.

Ziehen: Beitrag zur Opium-Brombehandlung der Epilepsie. Ther. Monatsschr. 1898.

Zimmermann: Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Porta Westphalica. Ref. Neurol. Zentralbl. 1899.

Zirkelbach: Der Heilwert des Bromopans bei der Epilepsie. Pester med. chir. Presse, Nr. 29, 1903. Ref. Neurol. Zentralbl. 1904, S. 525.

REFERATE.

Innere Medizin.

Diabetes.

1. **Zur Wirkung der gegen Diabetes mellitus empfohlenen Medikamente.** Von Dr. Kurt Fleischer. (Aus der internen Poliklinik von Prof. Dr. H. Rosin, Berlin.) Ref. Laub, Wien.
2. **Jodgelatine „Sclavo" in einem Falle von Diabetes syphilitischen Ursprungs.** Von A. Moscucci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber Saccharin.** Von S. A. Mathews und H. McGuigan. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Albuminurie und Glykosurie nach Ueberanstrengung.** Von G. Gobbi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber die Symptome des Coma diabeticum bei Kindern.** Von Dr. P. Dupuy. Ref. Rosenbaum, München.
6. **Häuslicher Diabetes.** Von C. Tosatti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Fleischer unterzieht die Wirkung zahlreicher, gegen Diabetes empfohlener Mittel einer eingehenden Kritik, deren Resultate im folgenden kurz wiedergegeben werden mögen:

Opium eignet sich zur Vertreibung der trotz kohlehydratfreier Diät restierenden Glykosurie. Es ist das älteste und relativ zuverlässigste aller Antiglykosurika und darum besonders in schweren Fällen als wirksames therapeutisches Adjuvans zu empfehlen.

Bromkali und Bromipin werden besonders gegen die nervösen und neurasthenischen Begleiterscheinungen des Diabetes angewandt. v. Noorden erzielte in einem leichten Falle nach täglicher Darreichung von 4 g Bromkali nach kurzer Zeit Aufhören der Glykosurie.

Sublimat wurde vom Amerikaner Mayer empfohlen. Dasselbe kann zwar eine vorübergehende geringe antiglykosurische Wirkung haben, ist aber wegen seiner großen Giftigkeit zu verwerfen.

Natrium salicylicum, in neuerer Zeit Aspirin, leisten gegen Polydipsie und Pruritus zwar Gutes, sind jedoch als Antidiabetika unzuverlässig. In einzelnen Fällen sind beide Mittel imstande, die Toleranz für Kohlehydrate zu erhöhen.

Dasselbe gilt von Salol, welches, in Dosen von 4 g pro die, ein unschädliches, in vielen Fällen gegen Diabetes wirkendes Präparat darstellt.

Antipyrin hat trotz Empfehlungen von französischer Seite (Sée und Gley, Robin) in Deutschland so gut wie gar keine Anwendung gefunden.

Die Versuche, die mit Piperazin gemacht wurden, fielen negativ aus. Nur Gruber ist der Einzige, der in einem Falle Erfolg gehabt haben soll.

Mit einer Kombination von Chinin. sulfur. und Arsen will nur der Franzose Worms Erfolge erzielt haben.

Jod (in Form der Tinct. Jodi) und Jodoform werden heute kaum mehr verordnet.

Ueber Diastase, welche von Kußmaul zuerst empfohlen wurde und fermentativ wirken soll, liegen nur Beobachtungen von Lépine vor, der vier gebesserte Fälle mitgeteilt hat.

Aehnlich ist die Wirkung der Bierhefe.

Die Behandlung mit Organextrakten (Leber, Pankreas) ist nach Untersuchungen zahlreicher Kliniker ganz erfolglos.

Digitized by Google

Was die Wirkung der Alkalien, speziell der alkalisch-sulfatischen Wässer von Karlbad, Marienbad, Neuenahr etc. anlangt, so ist zwar ihre antiglykosurische Wirkung nicht sicher bewiesen; dennoch lehrt die Praxis den wohltuenden Einfluß der Brunnenkuren immer wieder erkennen. Sie sind darum stets zu empfehlen.

Mit Kalkzufuhr will Grube in drei Fällen Erfolge gehabt haben; Nachprüfung von anderer Seite ergab jedoch ein negatives Resultat.

Die Erfahrungen mit Ammoniak, welches von Guttmann und Adamkiewicz in Anwendung gezogen wurde, sprechen zu ungunsten des Mittels.

Uransalze sind von West und Duncan auf ihre antiglykosurische Wirkung geprüft worden. Es wurde Urannitrat oder ein Doppelsalz von Uran und Chinin, mit einer Dosis von 0·06—0·1 beginnend und bis 0·6—1·2 steigend, verabreicht. Glykosurie, Polyurie und Allgemeinzustand sind dadurch günstig beeinflußt worden.

Von pflanzlichen Präparaten sind manche gegen Diabetes empfohlen worden, so Teeaufgüsse aus Leinsamen oder aus Bohnenschalen. Dieselben nützen ebensowenig wie die Heidelbeerblätter, die in Gestalt der Pilulae Myrtilli Jasper häufig verabreicht werden.

Haferkuren bei schwerem Diabetes brachte v. Noorden in Vorschlag. Dieser Autor läßt eine Suppe konsumieren, die unter Zusatz von Salz und Wasser bereitet wird aus:

250 g Knorrschem Hafermehl oder Hohenlohescher Haferflocke, 150 g vegetabilischem Eiweiß (Roborat), 300 g Butter.

Die Resultate, die sowohl v. Noorden als andere Nachprüfer mit dieser Kur erzielt hatten, waren sehr wechselnd, jedenfalls ist auch dieselbe nicht als ein „Allheilmittel" gegen Diabetes anzusprechen.

Auch über das Syzygium jambolanum, welches den Phloridzindiabetes beim Hunde zum Verschwinden bringt, sind die Meinungen geteilt. Immerhin sind von ernsten Autoren günstige Erfahrungen mitgeteilt worden, so daß ein Versuch mit diesem unschädlichen Mittel gemacht werden kann. Kaufmann gibt durch 6 Tage dreimal täglich $^1/_2$ Teelöffel von Extractum jambolanum fluidum (Merck) und schließt daran eine arzneilose viertägige strenge Diät. Er hat die Dosis ohne Gefahr bis auf 3—4mal täglich 1 Eßlöffel steigern können. Magendarmstörungen werden nach v. Noordens Angaben sicher vermieden, wenn man einen Eßlöffel Extrakt, in $^1/_4$ l heißen Wassers gelöst, eine Stunde vor dem Mittagessen und dem Schlafengehen verabreicht.

Von sogenannten modernen Spezialmitteln, die gewöhnlich Geheimmittel sind, ist zunächst das „Antimellin" zu nennen, welches nur wegen des hohen Preises (12 Mark) bemerkenswert ist; einen Nutzen für den Kranken hat es nicht.

Durch Saccharosolvol, ein vom Apotheker Meißner in Leipzig hergestelltes salizylsäurehaltiges Mittel — es kostet 6 Mark — ist ein Fall Kaufmanns günstig beeinflußt worden. (Dreimal täglich ein Teelöffel oder ebenso oft 15—25 cm³.)

In der Verwerfung des Glykosolvol vom Apotheker Lindner in Dresden — Preis 12 (!) Mark —) sind alle Nachuntersucher einig.

Endlich sei ein ganz neues, bisher unerprobtes Mittel „Senval" erwähnt, das vom Apotheker Schubring, Berlin, hergestellt wird, und welches ohne strenge Diät den Harn in 8—14 Tagen zuckerfrei machen soll. (Preis 10 Mark.)

Zum Schlusse berichtet Fleischer über die Erfahrungen, die er bei Behandlung von drei Fällen von Diabetes mit Saccharosolvol, Antimellin und Senval gemacht hatte. Sie lauten vernichtend über die Wirkung dieser Geheimmittel: von einer Beeinflussung der Glykosurie konnte keine Rede sein. — (Ther. Monatsh., H. 10, 1905.)

2. Es handelte sich um einen 48jährigen Patienten, der mit 19 Jahren Lues akquiriert hatte, im Laufe der Zeit hochgradig neurasthenisch geworden war und seit zwei Jahren diabetische Symptome auf-

Digitized by Google

wies. Die diätetische Behandlung, lange fortgesetzt, führte keine Besserung herbei. Moscucci verabreichte daher Jod als Jodgelatine, und zwar injizierte er ein über den anderen Tag 5 cm³ (= 0·1 g Jod), in Teilen zu 1 cm³ an verschiedenen Stellen des Körpers. Während der Patient vor Beginn der Behandlung mehr als 100 g Zucker ausgeschieden hatte, war er trotz Verabreichung gemischter Kost nach 14 Injektionen zuckerfrei. Im ganzen wurden 25 Injektionen ein über den anderen Tag, dann noch sechs Wochen lang jede Woche eine gegeben. 3½ Monate nach Beginn der Behandlung war Patient noch völlig zuckerfrei. — Im Anschluß daran wird über einen Fall von Idiosynkrasie gegen Jod berichtet, in dem Jodgelatine anstandslos ertragen wurde. — (La Clin. Med. Ital., Nr. 8, 1905.)

3. Mathews und McGuigan fanden, daß das Saccharin die Oxydation in Blut und Muskeln wie auch die Wirkung der Verdauungssäfte, besonders des Speichels und Pankreassaftes, wesentlich beeinträchtigt. Sein langer Gebrauch wird demgemäß Verdauungsstörungen hervorrufen. Injiziert man einem Tier Saccharin ins Blut, so bewirkt es stuporöse Zustände, sowie starke Erschwerung der Atmung. Offenbar wirkt es hemmend auf die Enzyme des Blutes und der Gewebe; es kann als ein allgemeines Protoplasmagift angesehen werden. — (Journ. of Am. Med. Ass., 16. Sept., 1905.)

4. Gobbi untersuchte acht Personen (vier Soldaten und vier Turner) vor und nach einem Wettrennen von 26 Kilometer. Vorher war bei allen der Urin völlig normal. Der Weg war hügelig, der Tag kalt und feucht, der Wind wechselnd; die Renner brauchten im ganzen 1 Stunde 54 Minuten bis 2 Stunden 45 Minuten; alle waren hochgradig erschöpft. Bei sieben Individuen fand sich Eiweiß, vier hatten Blut im Harn, alle Zucker, während hyaline, granulierte und Epithelzylinder nicht bei allen vorhanden waren. Acht Tage später waren alle wieder völlig normal. Die Albuminurie bezieht Gobbi teils auf Nierenreizung durch die bei der Muskelarbeit entstehenden Gifte, teils auf eine Zirkulations- und teils auf eine Innervationsstörung der Nieren durch die Ueberanstrengung; die Glykosurie soll von einem Reiz auf das Zuckerzentrum in der Oblongata infolge der Ueberanstrengung herrühren. — (Medical Record, 27. Mai 1905.)

5. In der Regel verläuft der Diabetes bei Kindern umso rascher zum letalen Ausgang, in je früherem Alter dieselben davon befallen werden; und ebenso überfällt das Coma diabeticum die kranken Kinder meist plötzlich, wenn auch Prodromalerscheinungen vorhanden sind, die aber oft nicht beachtet werden. Dieselben zeigen sich in dem Auftreten des obst- oder chloroformartigen Geruches der Atemluft und des Urins, in Abnahme der Harnmenge (Albumen und Zylinder werden in manchen Fällen gefunden), in einer Aenderung der Stimmung, indem die Kinder niedergeschlagen, traurig, wortkarg sind. Im Beginn des komatösen Anfalles treten oft Uebelkeit und Erbrechen auf, ferner intermittierende Schmerzen im Epigastrium oder ganzen Abdomen, dann ist Obstipation vorhanden, dick belegte Zunge, ein starkes Durstgefühl. Stets ist eine mühsame tiefe Respiration („große Atmung") neben Pulsbeschleunigung ohne Krankheitsbefund an Lungen und Herz ein schlimmes Zeichen, die Harnmenge nimmt weiter ab, desgleichen die Zuckerausscheidung. Das abgemagerte, entkräftete Kind liegt apathisch, somnolent da, reagiert wenig oder nicht auf Anruf, die Augen liegen tief in ihren Höhlen; selten sind Aufregungszustände oder Kopfschmerzen in diesem Stadium. Die Tiefe des Koma nimmt zu, die Reflexe sind erloschen, die Extremitäten sind kühl, zyanotisch, ohne Sensibilität und es tritt in meist tiefer Bewußtlosigkeit unter Zunahme der Dyspnoe und Frequenz des immer schwächer werdenden Pulses der Exitus ein. — (La Clinique infantile, Nr. 12, 1905.)

6. Tosatti berichtet über einen Hausstand, in dem die Hausfrau, das Dienstmädchen und eine Kostgängerin gleichzeitig als diabetisch befunden wurden. Vorausgesetzt, daß es sich nicht um

Digitized by Google

ein zufälliges Zusammentreffen handelt, hält Tosatti es für möglich, daß die gleiche Lebensführung das ätiologische Moment für die drei Fälle enthalte, und schlägt dafür den Namen „Diabete domestico" vor. — (Corriere Sanitario, Nr. 51, 1905.)

Pneumonie.

1. **Behandlung der Pneumonie.** Von J. P. Johns, North San Juan (Kalifornien). Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Die gegenwärtige Behandlung der Pneumonie an vier großen Hospitälern New-Yorks.** Von Dr. H. P. Loomis. Ref. A. Haas, München.
3. **Lobäre Pneumonie.** Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Ueber die Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Römers Pneumokokkenserum.** Von W. Winckelmann. (Autorreferat.)

1. Johns wendet seit vielen Jahren, dem Vorgang von Balfour folgend, das Liebreichsche Chloral bei der Behandlung der croupösen und katarrhalischen Pneumonie jedes Lebensalters an. Ergibt es aufgelöst in einem Digitalisinfus: ein Erwachsener bekommt als erste Dosis 1·2 g Chloral in 15 g Infus, dann 0·6 g in 15 g Infus alle vier Stunden; kleine Kinder erhalten Dosen von 10—15 Tropfen der Lösung.

Vf. rühmt den guten Einfluß dieser Medikation auf Temperatur, Puls und Respiration; die Expektoration wird leicht, das Sputum verliert rasch die Rostfarbe; Delirien werden verhindert oder doch gemildert. Das Chloral wird gegeben, bis — etwa nach 24 Stunden — der Puls abfällt; dann setzt man aus, um beim Wiederansteigen des Pulses von neuem damit zu beginnen. Später wird irgend ein Tonikum (0·12 Chinin, zweistündlich) gegeben. Etwaige durch das Chloral hervorgerufene Depressionszustände weichen rasch nach Applikation einer Eisblase. — Vf. wendet sich dann noch gegen die beliebte Ueberfütterung der Kranken und gegen die Störung ihrer Nachtruhe durch nächtliche Medikationen. — (The Therapeutic Gazette, 15. Febr. 1906.)

2. Bei der Aufnahme des Patienten wird nach Loomis an diesen vier Krankenhäusern zuerst Kalomel gegeben. Während des Fiebers wird absolute Milchdiät eingehalten. Sehr hohe Temperaturen werden durch kalte Einpackungen, eventuell durch kühle Bäder bekämpft. Zur Bekämpfung des Hustens werden Kodein, Heroin und selten Morphium gegeben; mit letzterem muß man unter Berücksichtigung des beim Einsetzen der Pneumonie entstehenden Shocks sehr vorsichtig sein. Gegen Schlaflosigkeit haben sich Trional, Veronal und Kodein bewährt. Bei Lungenödem wurden von Adrenalin, dann auch von Atropin subkutan Erfolge gesehen. Die Anwendung von Sauerstoff wurde auf die Fälle mit Zyanose und Dyspnoe beschränkt. Als Herzstimulantien wurden Alkohol, Strychnin und Digitalis gegeben; am meisten wurde der Alkohol verordnet, doch hält Loomis das ihm entgegengebrachte Vertrauen für nicht gerechtfertigt. Außerdem haben sich rektale Kochsalzeingießungen zur Hebung der Herztätigkeit bewährt. Im allgemeinen warnt Loomis vor medikamentöser Polypragmasie, da man damit bei der Pneumonie oft mehr schadet als nützt. — (Medical Record, 13. Jänner 1906.)

3. In einer Sitzung der Medical association of the greater city of New-York, am 11. Dezember 1905, sprach J. M. Anders (Philadelphia) über die Prophylaxe der Lobärpneumonie. Er stellte u. a. folgende Thesen auf: 1. Herz- und Nierenleidende sind prädisponiert. 2. Die kalte Jahreszeit begünstigt die Vermehrung und Verbreitung der Pneumokokken und vermindert die Resistenz unseres Körpers. 3. Alte Leute sind disponiert. 4. Das Sputum ist der Infektionsträger; für seine Beseitigung sind dieselben Maßregeln wie für den Auswurf der Tuberkulösen zu fordern. Ueberhaupt ist jedes Ausspucken an öffentlichen Plätzen zu verbieten, da Pneumokokken auch im normalen Sputum vorkommen und durch eine geeignete Passage rasch virulent werden. 5. Größte Reinlichkeit in der Umgebung von Pneumoniekranken und Desinfektion des Krankenzimmers sind nötig.

H. P. Loomis sprach über die gegenwärtige Behandlungsme-

Digitized by Google

thode der Pneumonie in New-Yorker Hospitälern. Bei der Aufnahme erhalten die Patienten Kalomel in kleinen wiederholten Dosen, nachher salinische Mittel. Nur bei Schmerzen werden lokale Applikationen an der Brust gemacht. Die Diät besteht auf der Höhe der Krankheit vorzugsweise in Milch, zum Teil in viel Wasser. Nur bei hohem Fieber macht man kalte Packungen und Waschungen mit Wasser oder Alkohol; Bäder werden nur Alkoholikern mit Nervensymptomen gegeben. Gegen Lungenödem wendet man den Aderlaß an, ferner Adrenalin oder Atropin und Herzreizmittel (Alkohol, Strychnin, Digitalis). Sauerstoff wird kaum noch benützt. Salzeinläufe ins Rektum werden besonders bei Alkoholikern und schlecht Ernährten gemacht.

Hobart a Hare (Philadelphia) warnt vor Medikationen ohne strikte Indikation. Ist eine Indikation da, dann soll allerdings energisch eingegriffen werden. Für vorübergehende Depressionen gibt er flüchtige Stimulantien (z. B. aromatische Ammoniaksalze), bei Kollaps Strychnin mit Atropin, letzteres besonders bei weichem Puls. Digitalis versagt oft bei hoher Temperatur und Herzmuskeldegeneration. Nitroglyzerin wirkt günstig bei hohem arteriellen Druck.

J. Madison Taylor (Philadelphia) sprach über die Rolle von Salzlösungen bei der Behandlung der Pneumonie. Sie sollen in ausgiebiger Weise am Anfang der Lungenentzündung und aller Infektionskrankheiten angewendet werden, und zwar intern (Limonaden mit Chlornatrium und Kaliumkarbonat), subkutan und rektal. Ihre große Bedeutung beruht auf der Verhinderung der Salzverluste während des Fiebers, die ihrerseits eine ungenügende Bildung von Antikörpern verschulden sollen.

A. H. Smith redete über die Bedeutung der anatomischen Lungenerscheinungen bei Pneumonie. Die Toxine vermehren sich im Exsudat, bis dasselbe nicht mehr imstande ist, als Kulturmedium zu dienen. Die Krankheit befällt eine Lungenpartie nach der anderen; die Krisis tritt ein, wenn sich in der letztbefallenen Partie keine Toxine mehr bilden können. Das koagulierende Exsudat bedingt Zirkulationsstörungen, jedoch nur im funktionellen Pulmonalarteriensystem, nicht auch in den Zweigen der Bronchialarterien. Dadurch wird die Entstehung von Gangrän verhindert. Das Zylinderepithel der Bronchien und das Pflasterepithel der Alveolen bieten den Pneumokokken ungleiche Entwicklungsbedingungen. Abortivformen der Pneumonie erklären sich aus dem Stehenbleiben der Erkrankung in der zuerst befallenen Partie. Auf diese Weise gibt es „unilobuläre" Pneumonien.

W. H. Thomson erklärte die auffallend hohe Pneumonie-Sterblichkeit in Krankenhäusern mit der Schädigung durch den Transport. Aeußerste Ruhe in Rückenlage sei nötig. In seinem Spital sei es deshalb verboten, einen Patienten zum Zwecke der Untersuchung aufsitzen zu lassen.

Beverley Robinson empfahl als bestes Stimulans guten alten Brandy. Inhalationen von Kreosot taten ihm gute Dienste.

Dr. Anders riet, durch Diuretika und Abwaschungen die Toxine durch die Niere, bezw. die Haut zu entfernen. — (Boston medic. and surg. journ., 11. Jänner 1906.)

4. Winckelmann hat im Augustahospital zu Köln (Abteilung Professor Matthes) 16 Fälle ausgesucht schwerer Pneumonien mit dem Römerschen Serum behandelt. Dieses Serum schien die meisten Aussichten auf Heilwirkung zu haben, da es nach zwei Richtungen polyvalent ist: es sind verschiedene Tiere mit möglichst vielen verschiedenen Pneumokokkenstämmen vorbehandelt. Nach einer theoretischen Einleitung, wie man sich nach Ehrlichs Theorien die Wirkungsweise dieses Pneumokokkenserums vorstellen kann, gibt Winckelmann seine Untersuchungsresultate in einer Tabelle wieder und bespricht dann zusammenfassend die Wirkung des Serums auf den physikalischen Befund, den Kreislauf, den Blutbefund, den Eintritt der Krise

Digitized by Google

und vergleicht dabei die von anderen Autoren, vor allem Päpler, bisher erzielten Resultate mit den seinen. So schwierig zwar die Beurteilung der Heilwirkung eines Medikaments gerade bei der Pneumonie ist, so ist doch in einigen wenigen Fällen der Verlauf derartig gewesen, daß ein günstiger Einfluß des Serums angenommen werden kann. Daher glaubt Winckelmann, bei dem Eintritt bedrohlichster Erscheinungen dieses neue Mittel zur Verwendung anraten zu dürfen, zumal er schädliche Wirkungen und Nebenerscheinungen nicht beobachtet hat. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1, 1906.)

Ueber einige der wichtigsten Blutstillungsmittel.
Ref. Fritz Loeb, München.

Rolshoven berichtet in seiner Dissertation aus der medizinischen Klinik in Bonn (1905) über die Behandlung innerer Blutungen, mit besonderer Berücksichtigung der Gelatineanwendung.

Vor allem bedarf jeder Kranke, der an einer inneren Blutung leidet, der Ruhe. Diese kann auf verschiedene Weise erzielt werden. Alle Mittel, die geeignet sind, einen solchen Kranken aufzuregen, werden gemieden. Strenge Bettruhe wird verordnet, das Sprechen möglichst untersagt. Speisen und Getränke werden nur in mäßiger Menge gegeben. Auf die Stelle, wo man die Blutung vermutet, legt man einen Eisbeutel, weil die Kälte auf die Gefäße wirkt. Bisweilen wird man, um einen Kranken mit frischer Blutung körperlich und geistig ruhig zu stellen, der Narkotika, speziell des Morphiums, nicht entbehren können, die man je nach dem Orte der Blutung und den Indikationen verschieden anwendet. So ist bei einer frischen Hämoptoë mit starkem Hustenreiz und großer Erregung eine Injektion von Morphium in den Oberarm oder das subkutane Fettgewebe des Thorax empfehlenswert. Bei Magenblutungen hat man für einige Tage von einer Ernährung per os abzusehen, um den Magen im allgemeinen und die blutende Stelle speziell zu kontrahieren und damit die Blutung zu koupieren. Während dieser Zeit behilft man sich mit einer rektalen Ernährung, mit Nährklysmen, denen man, um die Schmerzhaftigkeit zu lindern, einige Tropfen Opiumtinktur hinzusetzt. Bei Darmblutungen verzichtet man auf feste Speisen zugunsten der flüssigen. Von den Narkotizis leistet hier das Opium gute Dienste. Es stellt den Darm ruhig und erleichtert dadurch die Thrombusbildung. Während Ruhe, Kälte, Narkotika für alle inneren Blutungen mehr oder minder passen und vorzüglich wirken, hat der Liquor ferri sesquichlorati durchaus nicht das geleistet, was man sich von ihm versprochen hat. Durch Abspaltung von Chlor wirkt er ätzend auf das Gewebe und koagulierend auf das ausströmende Blut. Die Anwendung von Eisenchlorid hat also nur Zweck bei Blutungen an Orten, die einer Applikation direkt zugänglich sind. Es ist nicht gut zu verstehen, wie dieses Mittel, das innerlich gegeben, doch nur im Intestinaltraktus durch Abspaltung von Chlor wirkt, eine Lungenblutung beeinflussen soll. Aber auch bei Blutungen im Intestinaltraktus ist es nicht zu gebrauchen, denn in schwacher Konzentration ist es wirkungslos; in stärkerer Konzentration hingegen und in der genügenden Menge gegeben, ätzt es die Schleimhäute an und verschorft sie. Statt also z. B. die Blutung aus einem Magengeschwür zu stillen und dieses zur Heilung zu bringen, ist die Eisenchloridlösung nur imstande, neue Schleimhautdefekte zu setzen und den Boden für neue Geschwüre geeignet zu machen. Ebenso ist auch bei Darmblutungen kein Erfolg von diesem Medikament zu erwarten. Deshalb ist man ziemlich allgemein von dem inneren Gebrauch der Eisenchloridlösung abgekommen und bedient sich derselben nur noch bei äußeren, direkt zugängigen Blutungen.

Ebenso wie der Liquor ferri sesquichlorati ist das Secale cornutum, respektive dessen Extrakt, das Ergotin, in seinem Gebrauch als inneres Blutstillungsmittel eingeschränkt worden. Hierhin gehört auch die Tinctura hämostyptica, die bekanntlich ein Sekalepräparat ist. Durch das Mutterkorn werden die Nervenzentren affiziert, die Gefäße kontrahiert und die Gebärmutter zu starken

Digitized by Google

Kontraktionen angeregt. Hieraus erklären sich die Anwendung und die vorzüglichen Erfolge des Sekale in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Weniger erfolgreich ist das Mutterkorn bei sonstigen inneren Blutungen. Die Gründe hiefür sind folgende: Die Gefäßkontraktion, die das Ergotin hervorruft, erstreckt sich nicht nur auf den blutenden Bezirk, sondern auf den ganzen Körper; dadurch kommt es wohl zu einer momentanen Einschränkung der Blutung, aber auch zu einer allgemeinen enormen Blutdrucksteigerung, wodurch der erste Erfolg überkompensiert werden kann, so daß dann die etwa gebildeten Thromben weggerissen werden und die Blutung von neuem beginnt.

Was die Lungenblutung speziell betrifft, so kann man sich schon deshalb keinen Erfolg von Ergotingaben versprechen, weil die Lungengefäße nach Ansicht der meisten Physiologen keine Konstriktoren haben. Daher kann also das Ergotin, das doch von dem Zentralnervensystem aus auf die Gefäßmuskulatur wirkt, gar keinen Einfluß auf die Lungengefäße ausüben.

Es ist zwecklos, bei Hämoptoë Sekale zu geben. Auch bei Blutungen aus dem Intestinaltraktus wird nicht mehr so häufig das Mutterkorn verabreicht wie früher, und zwar aus folgendem Grunde: Bei Blutungen aus dem Intestinaltraktus darf man nur ganz kleine Dosen Mutterkorn geben, denn das Tierexperiment hat nach Binz ergeben, daß bei Gebrauch von stärkeren Ergotindosen die Darmbewegungen der Warmblüter stark beschleunigt werden. Es wird also das gerade Gegenteil von dem erreicht, was man durch die Opiate erzielen will. Statt durch Ruhigstellung des Darmes die Thrombenbildung zu begünstigen, erhält man durch starke peristaltische Bewegungen den entgegengesetzten Effekt. Gibt man hingegen kleine Dosen Ergotin, so ist es immer zweifelhaft, ob man überhaupt die Blutung im Intestinaltraktus beeinflußt. Wegen des zweifelhaften Einflusses dieses Medikaments ist man von seinem Gebrauch bei inneren Blutungen abgekommen und ersetzt es durch andere, sicher wirkende Heilmittel.

Als ein solches nennt Vf. bei Darmblutungen aus Typhusgeschwüren das Plumbum aceticum, das man in der Bonner Klinik in einer Höhe von 0·2 (!) gibt. Würde man stärkere Dosen geben, so müßte man eine Anätzung der Magenschleimhaut befürchten, während kleinere, oft wiederholte Gaben die Symptome der chronischen Bleivergiftung hervorrufen würden. Deshalb überschreitet man zweckmäßig die Maximaldosis und gibt 0·2 (!) pro dosi. Was die Wirkung des Plumbum aceticum anbetrifft, so werden durch das Blei die Darmganglien erregt. Hiedurch wird eine Zusammenziehung des ganzen Darmrohres und der Darmgefäße mit hartnäckiger Stuhlverstopfung bedingt, alles Faktoren, die nur günstig sein können, wenn es gilt, einer Darmblutung Herr zu werden. Dazu kommt noch, daß die gelösten Bleisalze starke Gifte sind für die im Darm lebenden Mikroorganismen, eine Eigenschaft, die das Opium nicht hat, das ja auch den Darm ruhig stellt und insofern hämostyptisch wirkt. Daher wird bei Blutungen aus Typhusgeschwüren hauptsächlich das Plumbum aceticum verordnet.

Ein anderes, jetzt wieder mehr gebrauchtes Mittel, eine innere Blutung günstig zu beeinflussen, ist das Abschnüren von Extremitäten. Ist die Blutung nur leicht, so legt man eine Stauungsbinde an den Ansatzstellen der Extremitäten so an, daß das Blut die Arterien ungestört passieren kann, während der venöse Abfluß des Blutes gehemmt wird. Infolgedessen sammelt sich möglichst viel Blut in den Extremitäten an. Umgekehrt sinkt der Blutdruck in den inneren Organen, wodurch die Thrombusbildung begünstigt wird. Ist die Blutung durch Verletzung größerer Venen oder Arterien sehr stark, so muß man das entgegengesetzte Verfahren einschlagen. Zu dem Zwecke wickelt man die Extremitäten, vom distalen Ende beginnend bis zum proximalen, möglichst fest ein, unter möglichster Schonung des Patienten, um alles Blut zu dem Herzen und dem Gehirn hinzutreiben. Dies kann man noch dadurch begünstigen, daß man den Kopf tief und die Beine hoch lagert.

Digitized by Google

Ein sehr altes Hämostyptikum, das den nicht zu unterschätzenden Vorteil bietet, daß man es jeden Augenblick zur Verfügung hat, ist das Kochsalz. Schon im Altertum wurde in der Volksmedizin von Kochsalz zur Stillung von Lungenblutungen Gebrauch gemacht, indem man 1—2 Eßlöffel Kochsalz mit etwas Wasser verschlucken ließ. Auch ärztliche Beobachtungen berichten recht günstige Resultate von Kochsalz als Styptikum bei Hämoptoë.

Von den modernen Blutstillungsmitteln steht das Adrenalin obenan. Dasselbe wirkt wie die übrigen Nebennierenpräparate außerordentlich vasokonstriktorisch.

Das Antipyrin wurde von Hénocque, Goltz u. a. wegen seiner vasokonstriktorischen Wirkung als Hämostatikum angewendet. Diese Autoren konnten durch das Pulver selbst oder durch eine konzentrierte Lösung desselben Kontraktion der Gefäße und dann Hämostase hervorrufen. Nach Hénocque soll dem Antipyrin auch eine Erhöhung der Koagulationsfähigkeit des Blutes zukommen. In letzter Linie wird vielfach eine Kombination des Antipyrins mit Liquor ferri sesquichlorati, das Ferropyrin, in Anwendung gebracht. Dasselbe hat selbst in konzentrierten Lösungen von 20% keine kaustischen Eigenschaften und eignet sich deshalb zur inneren Darreichung.

Das Wasserstoffsuperoxyd zeigt bei lokaler Anwendung eine recht intensive vasokonstriktorische Wirkung, es findet wie das vorhergehende Mittel zumeist bei Epistaxis und bei Blutungen aus der Gingiva Anwendung und entfaltet seine blutstillende Wirkung durch das Freiwerden von Sauerstoff. Der hämostatische Effekt ist im allgemeinen dauerhaft.

Die Gelatine wirkt wahrscheinlich durch eine besonders rasche und feste Gerinnung des Blutes hämostatisch. Wie die innerlich gereichte Gelatine wirkt, steht nicht fest. Wenn man von den Erfahrungen Sorgos absieht, der bei Zahnfleischblutungen, Magenblutungen und hämorrhagischer Nephritis keinerlei Erfolge nach der internen Anwendung von Gelatine sah, sind in der Literatur nur günstige Resultate von dem inneren Gebrauch der Gelatine bekannt. Ungünstige Resultate sah man in der Bonner medizinischen Klinik nach der internen Gelatineverabreichung nicht. Es scheint vielmehr, als ob sie die Blutungen durchaus günstig beeinflußt. Die Kranken bekamen das Mittel meist per os und subkutan zugleich. Daher ist es schwer zu entscheiden, welche Applikationsweise die wirkungsvollere ist. Was die Art und Konzentration der Gelatine anbetrifft, so bediente man sich an der Bonner Klinik bis vor kurzem der selbststerilisierten 2%igen Lösung zur subkutanen Injektion. Höhere Konzentrationen konnte man wegen der großen Schmerzhaftigkeit bei und nach der Injektion nicht geben. Allerdings konnte man durch hinreichende Neutralisation der Lösung durch nicht zu reichliche Einspritzungen an einer Stelle, sowie durch Narkotika und lokale Anästhetika die Schmerzhaftigkeit der Injektion ganz erheblich herabsetzen. Trotzdem blieben die Injektionsstellen bisweilen mehrere Tage hindurch sehr schmerzhaft. Eigentümlicherweise zeigten sich nach jeder Injektion trotz der peinlichsten Sterilisation der Lösung und trotz gewissenhaftester Asepsis bei der Einspritzung leichte Temperatursteigerungen, die jedoch regelmäßig am zweiten Tage nach der Injektion heruntergingen.

Aus den vom Vf. mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß die Gelatine ein gutes Blutstillungsmittel ist und daß sie auch noch da gewirkt hat, wo die anderen Styptika versagten. Sehr wahrscheinlich kommt der Gelatine, welche auch nach subkutaner Injektion als solche resorbiert und zum Teil auch wieder ausgeschieden wird, nur eine sekundäre, gerinnungsfördernde Eigenschaft zu. Sie übt eine verändernde agglutinierende Wirkung auf die roten Blutkörperchen aus und gibt dadurch zu intravitalen Gefäßverlegungen und zu sekundären Gerinnungen Anlaß.

Nierenerkrankungen bilden nach der Ansicht verschiedener Autoren eine Kon-

Digitized by Google

traindikation der Gelatineanwendung. — (Diss., Bonn 1905.)

Ueber die Wirkung des W. Kochschen „Praevalidin". Von Leth Juht. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet geradezu enthusiastisch über Heilerfolge mit Prävalidin, einer Kampfer und Perubalsam enthaltenden Salbe. Er hat es seit $1^1/_2$ Jahren in mehreren hundert Fällen angewandt, aber nicht nur bei unzweifelhaft tuberkulösen Prozessen, sondern auch bei anderen Erkrankungen, bei denen der Kampfer seine herzroborierende Kraft betätigen kann, so bei Stoffwechselkrankheiten, bei Anämie und Skrofulose, bei Erkrankung der Atmungs- und Zirkulationsorgane. Es ist dabei aber durchaus nötig, daß vor Anwendung des Prävalidin die ganze — möglichst große — Einreibungsfläche mit lauwarmem Seifenwasser peinlich gesäubert wird, ferner, daß das Prävalidin gründlich, d. h. bis zur völligen Trockenheit, eingerieben wird. Vf. hat niemals einen Mißerfolg erlebt. Besonders merkwürdig ist die wesentliche Besserung einer diabetischen Glykosurie unter Anwendung von Prävalidin trotz eines fast ganz freien Regimes. — (Fortschr. d. Med. Nr. 4, 1906.)

Ueber den Einfluß einer Kreosot-Formaldehydverbindung auf den Stoffwechsel. Von A. Bickel und L. Pincussohn. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Der Einfluß von Phenolen auf die Zusammensetzung des Harnes ist noch nicht ganz geklärt. Einerseits sollen sie als Aetherschwefelsäuren ausgeschieden werden und deren Menge demgemäß vermehren, anderseits sollen sie die Darmfäulnis einschränken und so die Menge der ausgeschiedenen Aetherschwefelsäuren vermindern. Noch komplizierter werden die Verhältnisse, wenn man das Phenolpräparat mit einem anderen Desinfiziens kombiniert darreicht. Um die Frage zu klären, unternehmen die Vf. mit Pneumin, einer Kreosot - Formaldehydverbindung, am Hunde einen zehntägigen Stoffwechselversuch. Es ergab sich, daß das Präparat die Menge der Aetherschwefelsäuren nicht steigerte, sondern bei kleineren Dosen (1—2 g) ziemlich unbeeinflußt ließ, bei Dosen von 3—4 g dagegen auf weniger als die Hälfte herabdrückte. Jedenfalls wirkt das Präparat als starkes Darmdesinfiziens. Die Sulfatschwefelsäure zeigte nur geringe Schwankungen, das Körpergewicht blieb anfangs gleichmäßig, nachher nahm das Tier etwas an Gewicht zu, und die Stickstoffausscheidung im Harne sank. — (Berl. klin. Wochenschr., 23. April 1906.)

Ueber den Mikrobenbefund im Magen und dem obersten Teil des Darmkanals. Von Alfred Madsen in Kopenhagen. Ref. Klemperer, Karlsbad.

Mehrfache mikroskopische Untersuchungen und Züchtungsversuche, welche M. am Mageninhalte Gesunder und Kranker sowie an Tieren angestellt hat, gaben Veranlassung zu einem Vortrage, welcher, mit anschaulichen Tabellen belegt, ausführlich publiziert werden wird. Die Schlußfolgerungen, die Vf. aus seinen Untersuchungen zog, sind folgende: Die Mikrobenflora im Verdauungskanal ist ein rein fakultativer Befund. Eine dem Magen oder Darme zukommende obligate Darmflora gibt es nicht, und alles deutet darauf hin, daß den Mikroben selbst bei der Umwandlung der Nahrung im Verdauungskanale keine Bedeutung zukommt. Viele Mikroben werden schon im Magen vernichtet, deren desinfizierende Tätigkeit einen wesentlichen Teil der Funktion dieses Organes bildet. Der Magensaft ist stark bakterizid und das desinfizierende Agens wird von der freien Salzsäure gebildet. Ein Teil der Mikroben passiert jedoch den Pylorus, zumeist solche, die mit einer Nahrung in den Magen eingebracht werden, welche sich in demselben nicht lange aufhält oder eine Veranlassung zu besonderer Salzsäureabsonderung nicht gibt. Auch im Dünndarme gehen Mikroben zugrunde. Die Erscheinung, daß die Zahl der Mikroben im Dünndarme zunimmt, je weiter man sich vom Pylorus entfernt, und daß sie an der Bauhinschen Klappe am größten ist, hat eine rein physikalische Erklärung.

Digitized by Google

Die Nahrung passiert nämlich den oberen Teil des Dünndarmes viel rascher als den unteren Teil, nimmt zugleich an Konzentration immer zu. Da normalerweise Mikroben die Darmwand nicht durchdringen können, wird natürlich ihre Zahl größer auch dann, wenn sie sich nicht vermehrt haben, ja sogar wenn ein Teil derselben auf dem Wege zugrunde gegangen ist. Ob die Sekrete das Darmes oder die Schleimhaut selbst bakterizid wirken, konnte nicht ermittelt werden.

Bei Menschen und Tieren, welche durch längere Zeit eine Nahrung nicht zu sich genommen hatten, kann man oft den Magen und den obersten Teil des Dünndarmes ganz frei von Mikroben finden; es ist nicht selten, daß man bei Tieren, z. B. Kaninchen, den größten Teil des Darmkanals ganz steril vorfindet. Gibt man vor einer Operation am Magen oder Darme den Patienten sterile Kost und läßt sie eine genaue Mundtoilette vornehmen, findet man oft bei der Operation selbst den Magen- und Darminhalt steril. Diese Vorbereitungsmaßnahme, welche von Cushing und Livingoad im Jahre 1900 vorgeschlagen und angewendet wurde, hat Madsen während der letzten $3^1/_2$ Jahre bei allen Operationen, bei denen der Magen oder Darm geöffnet werden mußte, auch durchgeführt; es waren dies 48 Fälle, betreffend 30 gutartige und 18 bösartige Erkrankungen. In 29 Fällen, und zwar in 23 gut- und 6 bösartigen, wurde die bakteriologische Untersuchung durchgeführt. Das Resultat war, daß in Fällen, bei denen reichliche Salzsäure sich im Magen vorfand, kein oder nur ein sehr geringes Wachstum von Tamponen erhalten wurde, mit denen bei der Operation die Magen- respektive Darmschleimhaut abgetupft worden war. In Fällen mit einer geringen oder fehlenden Salzsäureabsonderung waren Mikroben vorhanden, doch gewann man den Eindruck, daß die sterile Kost und die sorgfältig durchgeführten Ausspülungen am Tage vor der Operation deren Anzahl wesentlich verringert hat. In manchen Fällen war dieselbe nicht groß, und in keinem einzigen der Fälle sind Zeichen von Infektion aufgetreten; wenn dies auch nichts Sicheres über den Nutzen der sterilen Kost ergeben würde, sprechen die Beobachtungen jedenfalls nicht gegen diese Maßnahme. — (Hospitalstidende Kopenhagen Nr. 10, 1905.)

Physikalische Therapie.

Zur Therapie der Nephritis. Vorläufige Mitteilung. Von Dozent Dr. Alois Straßer und Dr. R. Blumenkranz, Wien. Ref. Buxbaum, Wien.

Teilweise auf dem Wege einer theoretischen Deduktion sind die Autoren auf die Idee gekommen, daß die Zirkulation in der Niere dann die allerbeste und gleichmäßigste sein dürfte, wenn von der Körperoberfläche jeglicher Reiz ferngehalten wird, und dies geschieht in den sogenannten thermisch indifferenten Bädern, also für den Menschen berechnet, wenn er kontinuierlich in einem Medium von 34—35° C. sich befindet.

Um die Sache sofort ins Praktische zu übertragen, haben die Autoren versucht, eine Anzahl von Nephritikern mit sehr lange dauernden thermisch indifferenten Bädern zu behandeln und dabei die Albuminurie zu kontrollieren. Es war dies umso verlockender, als in der Literatur einige Angaben sich vorfinden, welche die günstige Einwirkung derartiger Bäder auf die Albuminurie feststellen. Allerdings beschränken sich diese Angaben auf Bäder von wesentlich kürzerer Dauer (25—30 Minuten) und nicht auf alle Formen von Nephritis, sondern vorwiegend auf Fälle von zyklischer Albuminurie.

In der großen Nephritisliteratur findet man da und dort den Hinweis auf die wohltätige Wirkung von lauen protrahierten Bädern, unter denen dann auch die genannten lauen Bäder von 25—30 Minuten Dauer verstanden werden, und als Erklärung der Wirkung wird allgemein gesagt, die Bäder wären gut, um die „Hauttätigkeit anzuregen"; in der neueren Zeit ist zum großen Vorteile der ganzen Forschung eine gewisse Verschiebung eingetreten, und zwar in der Richtung, daß die Albuminurie an Dignität in den Hintergrund getreten ist, während die

Digitized by Google

Symptome der Niereninsuffizienz in der Stickstoff-, Wasser- und Kochsalzbilanz eigentlich das Meritorische in dem ganzen Krankheitsbilde darstellen. Dies hat es mit sich gebracht, daß die Vf. sich nicht auf die Kontrolle der Albuminurie beschränkten, sondern bei genauester Regulation der eingeführten Nahrungs- und Wassermengen die Ausfuhr bestimmten. Es zeigte sich nun hiebei folgendes:

Wenn in Perioden von $1^1/_2$ Stunden bei gleichmäßig halbstündlich zugemessenen Mengen von Nahrung und Flüssigkeit in einer Vorperiode, einer Bade- und einer Nachperiode die Bestimmungen durchgeführt worden sind, so tritt in erster Reihe eine in den meisten Fällen stark in die Augen springende Vermehrung der Diurese, eine häufig auftretende Vermehrung der N-haltigen Ausscheidungsprodukte und eine Vermehrung der NaCl-Ausscheidung, vielfach in einem solchen Maße auf, daß in der Badeperiode die 3—6fache Menge von Kochsalz ausgeschieden wird als in der entsprechenden Periode vorher, und die Nachwirkung der Bäder zeigt sich in der Nachperiode oft noch in einer bedeutenden Vermehrung der genannten Substanzen gegenüber der Vorperiode.

Was die Eiweißausscheidung anbelangt, ist wohl die prozentuelle Ausscheidung gegenüber der wesentlich vermehrten Harnmenge oft ganz bedeutend geringer, die absolute Menge zeigte aber bald eine Verminderung, bald blieb sie gleich, ja selbst eine kleine Vermehrung kann sich zeigen, also durchschnittlich Schwankungen in geringen Grenzen.

Das Verhalten ist sowohl bei sehr geringfügigen Nephritiden wie bei schweren Fällen mit oder ohne Oedeme gleich geblieben, und in einem Falle mit Oedem konnten die Vf. in wenigen Tagen Vermehrung der Diurese und Vermehrung der Kochsalzausscheidung sowie Verschwinden des Oedems konstatieren. Es ist bemerkenswert, daß diese Veränderung der Diurese und der Kochsalzausscheidung bei normaler Diät mit ziemlich ansehnlicher Zufuhr von N- und Kochsalz zu konstatieren war, so daß an eine Ausschwemmung der Chloride, wie sie bei kochsalzarmer Diät nach übereinstimmender Angabe der Literatur vorkommt, nicht zu denken ist.

Man kann zusammenfassend hervorheben, daß thermisch indifferente Bäder von 34—35° C. in der Dauer von 1—$1^1/_2$ Stunden bei Nephritikern fast ausnahmslos die Diurese, die Stickstoff- und ganz besonders die Kochsalzausscheidung steigerten und die Albuminurie in der relativ kurzen Zeit des Versuches im großen und ganzen nicht wesentlich, doch relativ unbedingt gut beeinflußten. Es ist diese Wirkungsweise der Bäder, wie gesagt, theoretisch wichtig und für die Praxis von gewissem Werte.

Was die Methode selbst anlangt, besteht sie in folgendem: Der Patient sitzt bis zum Halse in dem entsprechend temperierten Wasser, bleibt darin 1—$1^1/_2$ Stunden lang und wird in das Bett zurückgelegt. In den meisten Fällen machen die Autoren nur ein Bad am Vormittag, in manchen Fällen je eine vormittags und nachmittags in der Dauer von je einer Stunde.

Es war theoretisch nicht fernliegend, sich vorzustellen, daß man diese gute Wirkung vielleicht durch exzessive Dauer der Bäder, etwa durch Wasserbetten, derartig steigern könnte, daß davon noch vielfach größere Resultate zu erwarten wären. In dieser Hinsicht sind die Autoren enttäuscht. Bis zu Wasserbetten sind sie gar nicht gekommen, aber selbst die Dauer von vier Stunden Bad pro Tag schien die Patienten nicht sehr günstig zu beeinflussen: sie bekamen vielfach Kopfschmerzen, ohne daß in den Ausscheidungen ein besserer Einfluß bemerkt worden wäre. Die Autoren haben verzichtet, ein Maximum zu bestimmen, welches ohnehin bei verschiedenen Fällen verschieden sein dürfte, und begnügen sich mit dem Hinweise darauf, daß das Optimum bei der Dauer von Bädern von ungefähr 1 bis $1^1/_2$ Stunden gegeben ist. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 3, 1906.)

Ueber die Behandlung entzündlicher Prozesse der Haut mit heißen Bädern. Von Dr. Richter, Waldenburg (Schlesien). Ref. Buxbaum, Wien.

Der Vf. meint, daß das Bier'sche Stauungsverfahren trotz der bekannten

Digitized by Google

glänzenden Resultate noch lange nicht genügende Anwendung findet. Er berichtet über die von ihm seit fünf Jahren geübte Wundbehandlung, die auf dem gleichen Prinzip beruht, das der Bier'schen Stauungshyperämie zugrunde liegt. Vf. hatte im vorigen Jahre 1200 männliche Mitglieder zu behandeln, von denen 330 chirurgische Unfallkranke waren, und zwar handelte es sich um Weichteilquetschungen mit und ohne Verletzung der Haut, Folgen eingedrungener Fremdkörper, infizierte Wunden, Panaritien, Furunkel und Phlegmonen mit und ohne Lymphgefäßentzündung. Alle diese Affektionen werden mit heißen Bädern behandelt. Der Patient hat mehrmals täglich mindestens $^1/_2$—1 Stunde lang jedesmal das geschädigte Glied in möglichst heißem Wasser zu baden, wobei darauf zu achten ist, daß durch Zugießen heißen Wassers keine Abkühlung erfolge. Bei allen Finger- und Zehenerkrankungen läßt Vf. die ganze Hand, resp. den ganzen Fuß, bei höherem Sitz den Unterarm, bezw. den Unterschenkel baden. Bei Oberschenkelaffektionen werden häufig feuchte Einpackungen, die durch Wärmeflaschen ständig möglichst warm gehalten werden, angewendet. Diese Behandlung ergibt sehr befriedigende Resultate. Der Vorteil gegenüber der nicht zu unterschätzenden und glänzende Erfolge sichernden Bier'schen Methode ist ihre leichte Durchführbarkeit und Billigkeit. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1906.)

Chirurgie.

Thiosinamin (Fibrolysin).

1. **Zwei durch Thiosinamin, bezw. Fibrolysininjektionen erfolgreich behandelte Fälle von Dupuytren'scher Fingerkontraktur bei Diabetikern.** Von Teschemacher. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Zur Thiosinaminwirkung bei traumatischen Strikturen.** Von H. Mohr. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Thiosinamininjektionen bei Oesophagusstriktur.** Von Karl Schneider. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Ueber Fibrolysinbehandlung gynäkologischer Leiden.** Von Theodor Vogelsanger. Ref. G. Wiener, München.
5. **Thiosinamin in der Behandlung des Tinnitus aurium.** Von S. Mc Cullagh. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber Folgezustände der Fibrolysininjektionen.** Von Tedeschi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. In einem Falle wurde durch 50 Injektionen (Thiosinamini 2·0, Glycerini 4·0, Aq. destill. 14·0, täglich eine ganze Spritze) funktionelle Heilung, und damit an der viel stärker erkrankten Hand ein besseres Resultat erzielt als durch Operation an der anderen. Im zweiten Falle mußten die Injektionen in den Vorderarm wegen Abszeßbildung sistiert werden; es wurden dann 21 Injektionen in die Glutaealgegend vorgenommen, die eine geringe Besserung herbeiführten. Einige Monate später, während welcher Zeit dreimal täglich 0·025 g Thiosinamin in Pillenform innerlich genommen wurden, wurde die Kur mit Fibrolysininjektionen fortgesetzt. Diese erwiesen sich als viel weniger schmerzhaft; nach 19 Injektionen konnten die Finger wie im normalen Zustande aktiv gestreckt werden. „Das Fibrolysin zeichnet sich folglich vor dem Thiosinamin durch Schmerzlosigkeit und rasch eintretenden Erfolg aus." Ein dritter Fall wies nach zirka 40 Thiosinamininjektionen keinen Erfolg auf; in einem vierten Falle trat nach 12 Einspritzungen in die Hohlhand, die als sehr schmerzhaft empfunden wurden, eine Hautnekrose ein, die zu einer Lymphangitis führte; die Weiterbehandlung wurde abgelehnt. Teschemacher schließt: „Ich kann demnach auf Grund meiner Erfahrungen bei der Dupuytrenschen Fingerkontraktur der Diabetiker eine Thiosinaminkur mit dem von Dr. Mendel angegebenen und von der Firma E. Merck hergestellten Fibrolysin aufs wärmste empfehlen, jedenfalls sollte eine solche in jedem Falle versucht werden, bevor zur Operation geschritten wird." — (Ther. Monatsh., Nr. 1, 1906.)

2. Bericht über die erfolgreiche Behandlung einer Stenose des Parotisganges durch Thiosinamininjektionen (10%ige

Digitized by Google

wässerige Lösung mit Zusatz von 20% Glyzerin, innerhalb vier Wochen 11 Injektionen à 1 cm³ subkutan, entfernt von der Verletzungsstelle, und 5 à ¼ cm³ in das Narbengewebe) in Verbindung mit Sondierung und Massage. — (Ther. Monatsh., Nr. 1, 1906.)

3. Schneider berichtet über Heilung einer Oesophagusstriktur bei einem Kinde, das sich durch Natronlauge die Speiseröhrenverengerung zugezogen hatte. Die Thiosinamininjektionen brachten schon sehr schnell — nach der zweiten Injektion — die Lockerung des Narbengewebes der Striktur zustande, so daß eine weiche, 3 Millimeter-Sonde eingeführt werden konnte, wo vorher vollständige Undurchgängigkeit für feinste Sonden vorhanden war. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 11, 1905.)

4. Nachdem durch das früher verwendete Thiosinamin öfters unangenehme Nebenwirkungen hervorgerufen wurden, versuchte Mendel, ein handlicheres Präparat mit denselben spezifischen Wirkungen herzustellen. Es ist dies eine Doppelverbindung des Thiosinamins mit Natrium salicylicum, das Fibrolysin. Dasselbe ist auch in kaltem Wasser leicht löslich und eignet sich sowohl zur subkutanen, als endovenösen und intramuskulären Injektion. Das Präparat wird von Merck in Darmstadt als gebrauchsfertige Lösung in zugeschmolzenen Glasampullen hergestellt. Jede Ampulle enthält 2·3 cm³ Fibrolysin, entsprechend 0·2 g Thiosinamin. Alle zwei Tage wird je eine Ampulle subkutan oder intramuskulär injiziert. Das Fibrolysin ist bei einer Anzahl leichter, namentlich seitlich sitzender parametraner Narben zweifellos wirksam, indem es dieselben zur Erweichung bringt. Bei allen schweren Formen aber, besonders mit Sitz in den Douglas-Falten, ist die Wirkung kaum nachweisbar, und muß jedenfalls durch gleichzeitige mechanische Dehnung der narbigen Stränge unterstützt werden. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte, Nr. 2, 1906.)

5. Cullagh hat das Thiosinamin in 38 Fällen von Tinnitus verwendet, meist bei chronischen Mittelohrkatarrhen, aber auch bei fünf Fällen von Residuen chronischer Eiterung, die alle geheilt wurden, und bei zwei von Otitis interna, von denen einer eine geringe Besserung erfuhr. Im ganzen wurden geheilt 20 Fälle, wesentlich gebessert 7, etwas gebessert 5, nicht gebessert 6. Nach Ansicht Cullaghs übt Thiosinamin eine günstige Wirkung auf alle Ohrenkrankheiten aus, die mit Neubildung von Bindegewebe einhergehen, u. zw. eine umso bessere, je jünger dasselbe ist. Bei schon bestehender Verkalkung ist die Prognose natürlich ungünstig. Die Thiosinamindarreichung sollte immer mit mechanischen Eingriffen verbunden werden; denn das Thiosinamin heilt nicht, sondern bereitet nur den Boden für die mechanischen Kurmittel vor. Die Darreichung des Thiosinamins per os erzielt dieselben Erfolge wie die subkutane Injektion ohne deren Unannehmlichkeiten. Eine besonders günstige Wirkung übt Thiosinamin auf den Schwindel aus. — (Med. News, 30. Dez. 1905.)

6. Tedeschi hatte einer Dame, bei der Verdacht auf eine narbige Darmstenose bestand, den Gebrauch des Fibrolysins empfohlen. Nach wenigen Injektionen trat heftiger Kopfschmerz, Kriebeln in den Fingern, allgemeine Mattigkeit auf. Diese Symptome schwanden mit dem Weglassen des Medikaments und erschienen wieder nach erneuten Injektionen, dazu noch ein allgemeines Oedem, das aber prompt wegging, als das Fibrolysin erneut und definitiv weggelassen wurde. — (Gazz. degli osped., Nr. 145, 3. Dez. 1905.)

Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Primararzt Privatdozent Dr. Karl Ewald, Wien. Ref. A. Haas, München.

Ewald teilt die von den Gallensteinen hervorgerufenen Beschwerden in rein mechanische und in entzündliche; für latente Gallensteine, die man bei Laparotomien zufällig findet, ist die Cholezystendyse angezeigt. Bei Steinen, die nur mechanisch ohne entzündliche Komplikationen wirken, ist die Operation vor allem bei sehr gehäuften, schmerzhaften Anfällen berech-

Digitized by Google

tigt; bei erfolgreichen öfteren Koliken, die Steine zutage fördern und so eine Spontanheilung bewirken können, wird man sich eher zum Zuwarten entschließen. Stets ist bei der unkomplizierten Cholelithiasis die Indikation nur eine relative. Das Normalverfahren für diese Fälle ist die Zystektomie. Der Eingriff ist an sich ungefährlich (Mortalität 1%); Komplikationen derselben sind Pneumonie, dann größere Schwierigkeiten, die sich unerwartet bei der Operation finden etc. Rezidive nach der Operation kommen vor, meist durch Zurücklassung von Konkrementen, weniger häufig durch Neubildung, sind aber im allgemeinen selten. Adhäsionsbeschwerden, die öfter nach der Operation auftreten, sind beim Aufstellen der relativen Indikation ebenfalls zu berücksichtigen; Ewald führt ihre Entstehung auf das Durchschneiden von Peritonealnähten beim Brechakt zurück. Ventralhernien sind nach der Operation selten, besonders wenn man Winkelschnitte vermeidet.

Der akute, intermittierende Gallenblasenhydrops erfordert die Operation bei häufigem Auftreten aus relativer Indikation; sie hat in der Ektomie zu bestehen. Ebenso besteht beim chronischen Hydrops nur eine relative Indikation. Beim akuten Choledochusverschluß ist eine absolute Indikation nur dann gegeben, wenn der Verschluß längere Zeit dauert; geht er rasch vorüber, wie es gewöhnlich der Fall ist, so besteht keinerlei Indikation.

Die infektiösen entzündlichen Komplikationen der Cholelithiasis erfordern meist unbedingt die Operation wegen der Gefahr der Cholangitis. Die Symptome sind: chronischer Fieberverlauf, septische Erscheinungen, trockene Zunge, Leber- und Milzvergrößerung, leichter, aber konstanter Ikterus. Die Operation kann selbst oft noch anscheinend verlorene Fälle retten. Diese schweren Symptome kommen durch Infektion der Gallenwege von der Gallenblase aus zustande. Die Aufgabe der Operation ist es, durch Behebung jeglicher Stauung der infektiösen Galle Abfluß zu verschaffen. — Günstiger ist es, wenn die Infektion auf die Gallenblase beschränkt bleibt. Es kommt dann gewöhnlich zu Schrumpfung der Gallenblase und Verwachsung mit den benachbarten Därmen, die zur Störung der Darmpassage führen können. Dann kann die schrumpfende Blase für die Steine zu eng werden, Dekubitus entsteht und es kommt entweder zur Perforation oder nach Verwachsung mit Darmschlingen zur Bildung innerer Fisteln. Häufige Anfälle von Cholezystitis indizieren, wie bei Appendizitis, die Operation. Ulzeröse Cholezystitis und chronisches Empyem der Gallenblase indizieren die Zystektomie.

Da das Karzinom der Gallenblase nur auf dem Boden der Lithiasis entsteht, ist rechtzeitige Ektomie die beste Prophylaxe. — (Wien. med. Presse Nr. 5, 1906.)

Ueber abnorm lange Flexuren. Von Wölfler. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über 4 Fälle, in denen er wegen zu langer Flexura sigmoidea und zu langem Mesenterium operieren mußte. Angeborene lange Flexuren können im Laufe der Zeit dadurch unbequem werden, daß sie den Stuhl nicht mehr ins Rektum befördern können, und zwar 1. infolge einer Abknickung an der Grenze zwischen Flexur und Rektum, 2. infolge eines Volvulus der Flexur und 3. durch Ansammlung von Kot in der erweiterten und zum Teil gelähmten Flexur, der dann so fest wird, daß er eine Verstopfung hervorruft. Von den 4 Fällen entfallen auf die erste Möglichkeit einer, auf die zweite drei. „Ist eine Abknickung vorhanden, so kann man mit oder ohne Anus praeternaturalis die Flexur an das Becken befestigen. Auch kann man die Flexur exstirpieren, besonders wenn man früher am Cökum einen Anus praeternaturalis angelegt hat — aber notwendig wird es nicht sein. Ist die Flexurschlinge gedreht, so wird es in den seltensten Fällen genügen, die Flexurschlinge aufzudrehen und zu befestigen, besonders wenn die Drehung um 360° war — ja, es wird gefährlich sein, diese Methode zu wählen. Viel besser wird es dann sein, zunächst eine Kotfistel anzulegen — am besten am Cökum — und erst später nach 3—4 Wochen an der Flexur selbst das Nötige

Digitized by Google

zu veranlassen, d. i. sie entweder zu resezieren oder dieselbe an der zuführenden Seite zu schließen, oder endlich sich mit der einfachen Fixation der Flexurschlinge zu begnügen." — (Med.-biol. Sekt. des „Lotos", 14. Febr. 1906; Prager med. Wochenschr. Nr. 13, 1906.)

Beitrag zur Frage der operativen Behandlung des Kardiospasmus. Von H. v. Bonsdorff. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei einem 24jährigen Manne, bei dem schon von Kindheit an — angeblich im Gefolge einer akuten Infektionskrankheit — die Symptome des Kardiospasmus bestanden hatten, wurde nach vorausgeschickter Gastrotomie die von Sievers (Finska läkaresällsk. handl. 1901 und 1903) angegebene Methode der digitalen Dehnung der Kardia ausgeführt, mit dem Erfolge, daß Patient sofort flüssige Kost genießen und während seines zweimonatlichen Spitalaufenthaltes essen konnte wie ein normaler Mensch; da er sich jetzt, d. i. 6 Monate nach der Operation, nicht wieder gezeigt hat, ist anzunehmen, daß er bisher kein Rezidiv bekommen hat. Vf. hält die Methode der digitalen Dehnung für genügend, zumal Gottstein mit der von Miculicz angegebenen Dehnung mit der Kornzange unter 6 Fällen einmal eine Perigastritis erlebt hatte, und auch dabei eine stärkere Blutungsgefahr besteht. — Bemerkt sei noch, daß die Röntgen-Aufnahme mit Wismuth ein gutes Bild der Oesophagusdilatation geliefert hatte. — (Finska läkaresällsk. handl. Nr. 4, 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Behandlung der oberen Luftwege mit Quillajarindendekokt. Von Dr. Zickgraf. Ref. Weil, Wien.

Kobert hat 1885 die Quillajarinde als Expektorans empfohlen und sie der Senega überlegen gefunden; sie wird auch seither vielfach angewendet. Die von Kobert gleichfalls empfohlene und vom Vf. nachgeprüfte Anwendung des Dekokts als expektorierendes Gurgelwasser hat sich aber wenig eingebürgert. Vf. fand, daß das Gurgeln damit selbst bei Katarrhen des Larynx und der Trachea die Expektoration erleichtert und hat es deshalb besonders bei atrophischen Katarrhen der Hals- und Nasenschleimhaut angewendet. Die Schleimhaut wird dabei wieder succulenter, das Fremdkörpergefühl verschwindet und der Zwang zum Räuspern hört auf. Besonders schön waren die Erfolge bei schweren Ozaenafällen, wo alle anderen Mittel schon erschöpft waren. Vf. glaubt dabei sogar eine Art Regeneration des Epithels gesehen zu haben. Die Quillajarinde wurde auch von russischen Aerzten bei trockenen Nasenkatarrhen als Schnupfpulver empfohlen, und die merkwürdige Erleichterung, die dieses vielen Kranken bringt, erscheint dem Vf. als Bestätigung der Erfahrungen, die er mit dem Dekokt bei der sogenannten Xerose der oberen Luftwege machte. 100 g der zerschnittenen Rinde werden mit 1 l kochenden Wassers übergossen und im Wasserbade oder über der Spiritusflamme ziehen gelassen, bis das Wasser eine hellbraune Farbe hat. Das Filtrat wird als Gurgelwasser angewendet, zu Nasenspülungen aber wird es mit warmem Wasser entsprechend verdünnt. — (Ther. d. Gegenw., April 1906.)

Experimentelle Kieferhöhlenspülungen. Von Dr. K. M. Menzel. Ref. Weil, Wien.

In einer Arbeit über die Affektionen der Kieferhöhle hat Lermoyez die Meinung geäußert, daß durch forcierte Ausspülungen der Kieferhöhle, wie sie zumal durch die Kranken selbst häufig vorgenommen werden, infektiöses Material in die Stirnhöhle gebracht werden und diese dadurch erkranken könne. Bei Versuchen an Leichen, bei denen die Stirnhöhle, respektive die Siebbeinzellen Oeffnungen nach außen hatten, durch welche das Einströmen der Flüssigkeit vom Hiatus her beobachtet werden konnte, schien sich dies zu bestätigen. Aber Vf. kam bald auf diesen offenkundigen Versuchsfehler und machte dann die Spülversuche an ganzen Schädeln mit wässeriger Eosinlösung, deren Weg er dann, da sich die Schleimhaut mit Eosin

Digitized by Google

färbt, an den zergliederten Schädeln verfolgen konnte. Dabei fand er, daß auch bei hohem Drucke niemals Flüssigkeit in die Stirnhöhle gedrungen war und nur selten in die Bulla ethmoidalis, wenn diese ein besonders großes Ostium hatte. Man braucht also nicht zu befürchten, daß durch Ausspülungen der Kieferhöhle die Stirnhöhle infiziert werden könnte. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 17, H. 3, 1905.)

Mitteilungen über Erfahrungen mit Merckscher Stypticinwatte in der Praxis. Von Dr. W. Uffenorde. Ref. Weil, Wien.

Bei einer Reihe von endonasalen Eingriffen hat Vf., der nach solchen ambulatorisch ausgeführten Operationen prinzipiell tamponiert, die von E. Merck hergestellte Stypticinwatte zur Tamponade verwendet und war mit ihr sehr zufrieden. Sie muß gut an die Wundfläche angedrückt werden, verklebt gut mit derselben und stillt die Blutung prompt, so daß zuweilen noch etwas Luftraum zum Atmen frei bleibt. Nach 2—3 Tagen wird der Tampon extrahiert, nachdem er durch Wasserstoffsuperoxyd gelockert worden war. Zuweilen wird von den Kranken der Geschmack des Stypticins unangenehm bitter empfunden. Reizzustände wurden nicht beobachtet. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 18, H. 2, 1906.)

Gynäkologie.

Versuch mit dem Bierschen Verfahren bei Endometritis chronica. Von Dr. Felix Turán. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat in 4 Fällen durch die Biersche Stauung gute Resultate erzielt. Er ließ sich bei Thürriegl in Wien ein Instrument konstruieren, welches eigentlich der uterine Teil eines Uteruskatheters ist. Derselbe ist 6—7 cm lang, auf seinem Konus durchlöchert und an seinen vier Flächen in der Länge von 3 cm gefenstert. Den Abschluß an der Portis bildet ein mit einer mobilen Gummischeibe versehener metallener Tellerteil. Das Verfahren wurde jeden zweiten Tag angewendet, jedesmal zwischen 5 und 20 Minuten, und zwar bei zwei Patientinnen je 20mal und bei zwei je 22mal. Da dieselben aber nebenbei noch Moorbäder und prolongierte Vaginalduschen gebrauchten, so steht die Frage noch offen, welchen Anteil an der Besserung das Saugverfahren hatte. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 12, 1906.)

Ein neues Vaginalspekulum. Von M. Seyffert, Dessau. Ref. G. Wiener, München.

Der Vorteil des neuen, bei Windler, Berlin, hergestellten Vaginalspekulums besteht darin, daß die Erweiterung nicht nur an den Enden, sondern auch am Anfangsteil desselben stattfindet, indem hier die beiden Platten des Spekulums nicht durch Schrauben befestigt, sondern in einem Schlitze zu einander verschieblich eingerichtet sind. Die Feststellung dieses Spiegels geschieht nicht durch Schrauben, sondern durch eine Zahnstange. Das Spekulum, das sich vor allem für die kleinen gynäkologischen Eingriffe eignet, kann mit einer Hand bedient werden. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 15, 1906.)

Ein verbessertes, sich selbst haltendes Bauchspekulum. Von Prof. Stoeckel, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Stoeckel hat bei Georg Härtel, Breslau, ein selbsthaltendes Instrument anfertigen lassen, welches darin besteht, daß durch Gewichtszug ein Bauchspekulum die Wunde nach unten auseinanderhält, wobei an demselben noch zwei, durch Crémaillièren einstellbare Seitenspekula anzubringen sind. Genaue Beschreibung findet sich im Original. Das Spekulum hat sich an den Kliniken von Fritsch und Bumm gut bewährt, und scheint Operateuren, die in ihrer Assistenz beschränkt sind, warm empfohlen werden zu können. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 7, 1906.)

Die Behandlung der Sterilität. Von Prof. Dr. Kossmann, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

So lange die Aerzte von den Zeugungsvorgängen nichts als den Akt des Koitus, die Stadien der Schwangerschaft und die Geburt kannten, von Spermatozoen und Ei und deren Vereinigung nichts wußten, konnte man alles, was zur Beseitigung

Digitized by Google

der Unfruchtbarkeit getan wurde, in zwei Gruppen teilen: die abergläubischen Maßregeln und die Vorschriften für die raffinierte Art des Beischlafes.

Das Bemühen des modernen Arztes führt zunächst zur Sonderung der männlichen Sterilität von der weiblichen. Der Gynäkologe soll an die Behandlung der Sterilität erst dann gehen, wenn durch mikroskopische Untersuchung festgestellt ist, daß der Ehemann beim Koitus Sperma ejakuliert und daß dieses Sperma bewegliche Spermatozoen enthält.

Auf Seiten der Frau können die Schwierigkeiten der Befruchtung in folgenden Umständen bestehen:

1. Kommt eine starke Abschüssigkeit des Beckens vor, infolge deren die Symphysis ossis pubis bei gewöhnlicher Rückenlage des Weibes zu tief liegt. Es soll daher das Becken durch unterlegte Kissen erhöht werden.

2. Ist eine etwaige zu große Festigkeit des Hymens in Betracht zu ziehen. Hiebei genügt oft schon eine mediane Inzision, besser ist jedoch die Exzision des Hymens.

3. Wird die Immisio penis häufig durch Vaginismus verhindert. Die Therapie dabei besteht in Exzision des Hymens, eventuell teilweiser Durchschneidung des Levator ani an einer oder mehreren Stellen, möglicherweise auch in Trennung der beiden Ehegatten und diätetischer Behandlung der Frau, welche geeignet ist, die Erregbarkeit des Nervensystems derselben zu vermindern.

Den Koitus in Narkose ausführen zu lassen, dazu ratet der Vf. nicht, besser sei es, Morphium-, Opium- oder Belladonnasuppositorien zu geben, die eine halbe Stunde vor dem Beischlaf in den Mastdarm eingeführt werden.

Die vierte Gruppe der Hindernisse umfaßt die Mißbildungen.

Manchmal hat die Scheidenschleimhaut eine Beschaffenheit, die auf die Spermatozoen eine virulente Wirkung ausübt; dies kann der Fall sein bei jauchenden Karzinomen oder tiefen Ulzera der Scheidenschleimhaut auf tuberkulöser oder syphilitischer Basis.

Bei sehr engem Oreficium uteri externum besteht fast immer Sterilität, welche künstliche Erweiterung des Muttermundes beseitigen kann.

Auch Dehnung des Zervikalkanals kann denselben Erfolg haben; jedoch warnt der Vf. davor, dieselbe auf stumpfem Wege vorzunehmen, da besonders bei jüngeren Individuen die Zervix bald wieder ihre alte Form annimmt. Am besten sei die blutige Operation von Jaquet, welche den Zervikalkanal nach beiden Seiten spaltet, die Muttermundslippen mit Kugelzangen auseinanderzieht, die Wundflächen mit einem Skalpell aushöhlt und ihre Ränder vernäht.

Bei Verschluß der Tuben ist die Wegbarmachung derselben auf abdominalem Wege anzustreben.

Eventuell ist die Sterilität auch auf den Mangel sinnlicher Erregung bei der Frau zurückzuführen, weshalb der Vf. anratet, am Ende der Menstruation den Koitus auszuführen, da dann die Frau sinnlich am erregbarsten ist.

Allzugroße Schmerzen beim Beischlaf können ebenfalls ein Hindernis für die erforderliche sinnliche Erregung abgeben, weshalb die prädisponierenden Ursachen beseitigt werden sollen.

Als sonstige Ursachen der Sterilität sind noch die sogenannte mikrozystische Degeneration des Ovariums, sowie entzündliche Pseudomembranen der Beckenhöhle und eine starke Hypertrophie der Uterusschleimhaut anzuführen.

Kommt ein vereinzelter Abort vor, so kann von Sterilität überhaupt nicht gesprochen werden; handelt es sich dagegen um habituellen Abort, so soll an Syphilis gedacht und dementsprechend eingegriffen werden. — (Die Heilkunde Nr. 4, 1906.)

Geburtshilfe.

Ein neues Hilfsmittel bei der Extraktion am Steiß. Von Dr. Oskar Wienskowitz. Ref. G. Wiener, München.

Bei schon im Becken fest eingekeiltem, aber noch hochstehendem Steiß benützt Vf. einen $^3/_4$ m langen, $1^1/_2$ cm breiten Gummischlauch mit Leinwandeinlage, dessen Wandstärke 3 mm beträgt, von denen 1 mm auf die Leinwandeinlage

Digitized by Google

kommt. Derselbe läßt sich durch Auskochen sehr leicht desinfizieren und wird unter Leitung des Fingers um die Seitenbeuge des Kindes herumgeführt. Der Vf. hat in 6 Fällen überraschend leichte Extraktionen ausführen können. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 13, 1906.)

Die Zeit des Eintrittes der ersten Menstruation nach einer Fehlgeburt. Von Dr. Bernhard Engländer, Krakau. Ref. G. Wiener, München.

Die Kenntnis der Zeit des Eintrittes der ersten Menstruation nach einer Fehlgeburt hat deshalb eine große Bedeutung für den Arzt, weil dabei die Frage an ihn herantritt, ob bei einer Blutung aus den Genitalien (z. B. vier Wochen nach einer Fehlgeburt) eine Abrasio zu machen sei. Die Periode stellt sich das erstemal wieder ein: nach 4 Wochen in 64·9%, in der fünften Woche in 14%, in fünf Wochen in 10·5%, in der sechsten Woche in 3·5% und in sechs Wochen in 7%. Ist die Fehlgeburt nach paartägiger Blutung beendet und stellt sich erst nach längerer Pause wieder Blutung ein, so kann letztere als gewöhnliche Periode betrachtet werden. Kommen aber nach einer Fehlgeburt Blutungen mit geringen Intervallen vor, so ist anzunehmen, daß in der Gebärmutter etwas zurückgeblieben ist, und dann ist die Anwendung der Kurette am Platze. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 7, 1906.)

Zur Aetiologie und Therapie des Schwangerschaftserbrechens. Von Dr. Arthur Mueller, München. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. betrachtet die Hyperemesis als eine Reflexneurose des Sympathikus, hervorgerufen durch eine Zerrung oder einen Druck, welche die Fasern dieses Nerven durch den wachsenden Uterus oder durch die Kongestionsschwellung der Gewebe erleiden. Der Sitz der Spannung kann ein verschiedener sein; besonders häufig fand Vf. eine hohe Verklebung der Rückwand des Uteruskörpers links neben dem Promontorium, also in der Gegend des Ganglion solare. Nach Lösung dieser Verwachsungen ist das Erbrechen oft sofort verschwunden; in einzelnen Fällen gelang die Lösung in einer Sitzung. Der Reiz kann auch noch von den verschiedensten anderen gynäkologischen Erkrankungen herrühren (Parametritis posterior mit Anteflexio pathologica, Retroflexio fixata, Adnexerkrankungen). Massage, Dehnung der Ligamente, Erheben oder Herabziehen des Uterus, Scheiden- oder Zervixtamponade oder Kolpeuryse sind vom mechanischen Standpunkt anwendbar, heiße Spülungen, Klysmen, Umschläge, Sitzbäder, eventuell Fibrolysin lockern die entzündlichen Verhärtungen. Alle diese Maßnahmen müssen jedoch, des drohenden Abortus halber, sehr vorsichtig gehandhabt werden. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 16, 1906.)

Hygienie der Mutter vor der Geburt ihres Kindes. Von J. W. Ballantyne, Edinburg. Ref. Einstein, Stuttgart.

Mit der ausführlichen Darlegung, daß wir über den innigsten Zusammenhang zwischen dem Stoffwechsel von Mutter und Frucht noch nichts wissen, rennt Vf. offene Türen ein. Er empfiehlt zur Besserung unserer diesbezüglichen Kenntnisse ein genaues chemisches und histologisches Studium der Plazenta, Untersuchungen der Amnionflüssigkeit, des Zusammenhanges pathologischer Veränderungen von Plazenta und Fruchthäuten mit dem Zustand von Mutter und Frucht und eine vergleichende Beobachtung der Gesundheit der Mutter bei verschiedenen Geburten. Wenn auch manchmal eine gesunde Mutter ein krankes Kind oder umgekehrt eine kranke Mutter ein gesundes Kind zur Welt bringt, so daß es oft scheint, als ob das eine zugunsten des anderen in der Ernährung zurückbleibt, so kann unsere Vorsorge für das Kind vor der Geburt doch vorerst nur darin bestehen, daß wir die Mutter unter die besten hygienischen Verhältnisse bringen und ihre etwaigen Krankheiten zu heilen suchen. — (The Practitioner, Okt. 1905.)

Urologie.

Guajakol zur Behandlung der Nierentuberkulose. Von Max Schüller. Ref. V. Blum, Wien.

Vf. beschreibt zwei Fälle von Nierentuberkulose, bei welchen er durch interne

Digitized by Google

und lokale Applikation von Guajakol in einigen Monaten vollkommene Heilung erreichte. Sein erster Kranker war ein Mann von 40 Jahren mit Lungenspitzentuberkulose, beiderseitiger Hodenphthise, im Urin waren Tuberkelbazillen, Nierenepithelien und rote Blutkörperchen, aus welchem Befund Vf. die Diagnose Nierentuberkulose machte. (? Ref.)

Der Prozeß in den Hoden heilte vollständig nach sieben Injektionen von Guajakol-Jodoformglyzerin und innerlicher Darreichung von Guajakol. Nach Aussetzen der Behandlung durch einige Wochen wurde dieselbe später wieder aufgenommen, und dann konnte in keinem Organe mehr etwas von Tuberkulose nachgewiesen werden. Noch nach 13 Jahren ist der Kranke vollkommen wohl.

Der zweite Fall betrifft ein kleines Mädchen mit einem tuberkulösen Prozeß im Hüftgelenk und den Erscheinungen der Nierentuberkulose. Guajakol lokal und intern angewendet, brachte den ganzen Prozeß zum Stillstand, und seit neun Jahren kamen keine neuen Erscheinungen mehr vor.

Vf. rät zur Guajakolbehandlung in den Anfangsstadien der Nieren- und Blasentuberkulose, ebenso nach Exstirpation der einen Niere, um das Schwesterorgan zu schützen.

Einzelne seiner Kranken nahmen das Mittel mehr als vier Jahre lang, ohne irgendwelche Störung. Die Nieren sind besonders zu dieser Behandlung geeignet, weil das Guajakol durch den Harn ausgeschieden wird. Die gewöhnliche Dosis beträgt 12—15—20 Tropfen puren Guajakols; auch Kinder nehmen das Guajakol ansteigend 3—20 Tropfen. Kein Guajakolpräparat hat so gute Resultate gehabt, wie das reine Guajakol. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Nr. 2, 1905.)

Die operative Behandlung bei der Nephritis. Von V. Gaudiani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über vier Fälle. In einem ersten bestanden nach einem Trauma die heftigsten Schmerzen in der Nierengegend, so daß man zur Annahme eines Nierenabszesses kam. Der Urinbefund war völlig normal. Bei der Operation fand sich der erwartete Abszeß nicht, dagegen eine vergrößerte Niere; ein herausgenommenes Stückchen zeigte die Befunde einer interstitiellen Nephritis. Der Patient wurde bald beschwerdefrei, und Vf. faßt den Fall als Nefralgie bei chronischer Nephritis auf. Zwei weitere Fälle, eine Schrumpfniere und eine chronisch-parenchymatöse Nephritis mit Amyloid, wurden der Dekapsulation unterworfen. In beiden Fällen folgte darauf Hämaturie, sehr starke Albuminurie, Urinretention, Wundeiterung. Die Schrumpfniere wurde geheilt, d. h. sie kam wieder in den Zustand wie vor der Operation; der andere Fall jedoch kam unter enormer Harnflut und Albuminurie in einem urämischen Anfalle zum Exitus. In einem vierten Falle wurde wegen Hämaturie mit der Diagnose Nierenkalkulose operiert. Gefunden wurde nichts von Steinen; es wurde die Dekapsulation ausgeführt, mit dem Erfolg, daß die Hämaturien immer seltener und weniger wurden und schließlich ganz ausblieben. Vf. ist der Ansicht, daß ein chirurgischer Eingriff gerechtfertigt ist bei der Nephralgie und bei den Hämaturien der chronischen Nephritis, eventuell auch bei schwersten Anurien, nicht dagegen bei komplikationslosen chronischen Nephritiden. — (Il Policlinico, Sez. chir., H. 9, 1905.)

Die Behandlung der Zystitis. Von H. A. Kelly. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Mancher Fall von Zystitis mag durch sorgfältige Prophylaxe verhütet werden. Hieher gehört in erster Linie peinliche Sauberkeit beim Katheterisieren, dann Vermeidung zu häufiger Ueberdehnung der Blase, Verhütung von Harnretention, Schonung der Blase bei abdominellen Operationen. Hat man Ursache, eine Zystitis zu fürchten, so gibt man einige Tage lang kleine Urotropindosen. Hat man eine Zystitis vor sich, so ist die erste Frage, ob es möglich ist, die Ursache zu entfernen: die Entfernung eines Blasensteines, die Beseitigung anderer abdominaler Erkrankungen, die Entfernung eines tuberkulös erkrankten Nierenbeckens etc.

Digitized by Google

beseitigt oft die Zystitis. Bei der Behandlung der Krankheit selbst sind die ersten Faktoren Bettruhe und Regelung der Diät, dann reichliche Wasserzufuhr, wobei aber gewöhnliches Trinkwasser dieselben Dienste tut wie alle empfohlenen Mineralwässer. Von Medikamenten gibt man in frischen Fällen Urotropin 0·3 bis 0·6 pro dosi. Als sehr zweckmäßig erweist es sich oft, die bestehende Urinreaktion, bei der die schuldige Bakterienflora sich entwickeln konnte, umzukehren, zu stark saure Reaktion durch Zitrate, alkalische durch Borsäure zu bekämpfen. Von Freudenberg ist Kantharidin (C. Merck 0·001, Alkohol 1·0, Aq. 100·0, drei- bis viermal täglich 1 Teelöffel) als wirksames therapeutisches Agens empfohlen worden; Vf. benützt gern ein Fluidextrakt von Zeamais teelöffelweise. Wichtiger noch als die medikamentöse Behandlung sind Blasenspülungen, entweder einfach mit reinem Wasser oder mit Lösungen von Höllenstein (1 : 1500—1 : 500) oder Sublimat (1 : 1000). Lokalisieren sich chronische Prozesse an zirkumskripter Stelle, so sind lokale Applikationen mit Hilfe des Zystoskops nützlich, und zwar wendet man bei ganz kleinen Stellen 50%ige, bei größeren 5—10%ige Höllensteinätzungen an; Vf. verwendet gern 50%ige Argyrollösung. Man wiederholt die Aetzungen alle 3—7 Tage, aber mit schwächeren Lösungen. Gern verbindet man diese Aetzungen mit Spülungen.

Führt langdauernde Behandlung nicht zum Ziel, so treten chirurgische Eingriffe in ihr Recht. Als kleiner Eingriff kommt das Kurettement in Frage, doch hat Vf. davon nur wenig wirkliche Erfolge gesehen. Wohl aber erzielt man solche mit größeren Eingriffen, mit Anlegung von Blasenfisteln, seien es vesiko-vaginale oder subrapubische Fisteln; man hält sie so lange offen, bis man durch den freien Abfluß der Sekrete und durch die nun ausgiebiger wirkenden Spülungen Heilung erzielt hat. — (The Canadian Pract., Nr. 2, 1906.)

Dermatologie.

Extragenitaler Schanker.

1. **Ueber extragenitale Ulcera mollia.** Von C. Siebert. (Med. Klinik Nr. 48, 1905.)
2. **Ein Fall von Ulcus venereum des Fingers mit Kubitaldrüsen-Bubo.** Von D. Amende. (Dermatol. Zentralbl. IX. Jahrg., Nr. 5.)

Die fernab von der Regio genitalis lokalisierten Ulzera, welche im Unna-Ducreyschen Bazillus ihren Erreger haben, bieten bis heute noch immerhin gewisse diagnostische Schwierigkeiten, die erst mit der genaueren bakteriologischen Exploration allmählich zu schwinden beginnen. Hiemit korrespondiert es auch, daß in jüngster Zeit die Zahl der registrierten Beobachtungen entschieden eine zunehmende ist und das Vorkommnis immer mehr des Ansehens einer kasuistischen Rarität entkleidet wird. In den Statistiken von Petersen ist das extragenitale Vorkommen venerischer Geschwüre neunmal bei 5363 Fällen und 27mal bei 9000 Fällen verzeichnet, wobei noch vielfach perigenitale Geschwüre unterlaufen. Dieses Häufigkeitsverhältnis entspricht sicherlich nicht dem tatsächlichen Vorkommen, indem eine jede stärker frequentierte Ambulanz oder Krankenstation ähnliche Komplikationen wiederholt in ihren Protokollen führt. Meist handelt es sich hiebei um eine Uebertragung vom Genitale her auf die verschiedensten Körperstellen, von welchen wir schon die Hände, Vorderarme, Finger, Brust und Gesäß befallen gesehen haben. Als seltenere Lokalisationsstellen fanden sich die Brustwarzen, Zunge, Zahnfleisch, Augenlid etc. beschrieben. Der von Siebert (1) an der Klinik Neißer beobachtete Fall betraf einen jungen Mann, der am linken Kleinfinger ein stark granulierendes, von aufgeworfenen Rändern umgrenztes, hellergroßes Geschwür aufwies, das nach einigen negativen Versuchen die Ducreyschen Bazillen mikroskopisch und kulturell nachzuweisen gestattete (Kaninchenblutagar nach Tomaszewski, Zeitschr. f. Hyg., 1903). Die Neigung, subkutan weiterzuschreiten, die besondere Schmerzhaftigkeit, die Resistenz den Heilprozeduren gegenüber, die

Digitized by Google

Tendenz zum fortschreitenden Zerfall gaben schon klinisch verwertbare Anhaltspunkte für die richtige Deutung. Interessant ist das primäre Auftreten ohne Genitalulkus. Ueber die Art der Impfung war kein Aufschluß zu erhalten. Sexuelle Perversitäten, Instrumente, Wunden etc. pflegen hiebei eine Rolle zu spielen. Von den Fällen des Josephschen Ambulatoriums (2) ist der eine besonders bemerkenswert, da es bei diesem zur Vereiterung von Kubitaldrüsen (30 j. M. Finger, Ulkus autoinokuliert an einer Verletzung) kam und im Buboeiter Unna-Ducreysche Bazillen nachgewiesen werden konnten. Züchtung auf Menschenblut-Bouillon. Aehnliche Kubital-Bubonen haben wir anläßlich der Demonstration eines Falles von venerischen Geschwüren der Hände in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorzeigen können. Der an der Abteilung Professor Lang behandelte Patient hatte sich in trunkenem Zustande multiple Schnittwunden an den Handrücken und Vorderarmen beigebracht, welche, mit dem Sekret gleichzeitig bestehender Ulcera venerea des Genitales infiziert, sich in lineare, 4—6 cm lange, von elevierten, lebhaft roten Säumen umgebene Schankergeschwüre umwandelten und mächtige kubitale Drüsentumoren nach sich zogen. (Ref.) N.

Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenizet. Von Lengefeld.

An Josefs Poliklinik ist die gute antihidrorrhoische Wirkung des Aluminiumazetats erprobt worden, das unter dem Namen Lenizet in den Handel kommt und ein feines, weißes Pulver darstellt, ungiftig und schwer löslich ist. Es hat einen Essigsäuregehalt von 70% und einen Aluminiumoxydgehalt von 30%. Es ist nicht zu verwechseln mit dem Aluminium aceticum siccum, das leicht löslich und wasserhaltig ist. Das Präparat kann rein und mit Talkum vermengt eingerieben werden. Zur Behandlung kamen vor allem die Hyperhidrosis der Füße, dann die der Hände, der Achselhöhlen und der Leistengegend. Die austrocknende und zugleich desodorisierende Wirkung des Lenizets machte sich in der Regel sehr rasch bemerkbar. Das illustrieren die beigebrachten Krankengeschichten — wie lange aber der gute Erfolg anhält, darüber ist nichts Näheres zu erfahren. Gute Wirkung erzielen ja alle adstringierend, respektive wasserentziehend und heilend wirkenden Mittel, unter diesen in ganz vorzüglicher Weise das Formalin, ebenso auch die Jodtinktur, doch kann bei Applikation all dieser Verbindungen nie von einem Dauererfolg die Rede sein. Mit der Desquamation der alterierten Epithellagen und der Loslösung des gegerbten Deckbelages der sudoriparen Gänge tritt die profuse Schweißabsonderung neuerdings auf. Es fragt sich nur, welches der gebräuchlichen Mittel die schwerste Zellschädigung setzt und das größte Penetrationsvermögen besitzt, ohne von entzündlichen Reaktionserscheinungen gefolgt zu werden. Auch nach der Richtung kann man nur von den Formalin-Lösungen das Beste sagen, möglicherweise wird die weitere Exploration auch dem Lenizet diesbezügliche Eigenschaften zuerkennen und auch dann wird es nur ein Palliativ-, nicht aber ein Heilmittel sein. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 36, 1905.) N.

Quecksilberwasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut. Von Prof. Kromayer.

Der Fortschritt in der Lichtbehandlung ist an eine einfache, billige und bequeme Lichtquelle gebunden, welche dem Finsen-Licht in der Wirkung nicht nur gleichkommt, sondern ihm sogar überlegen sein muß. Diese Lichtquelle ist nunmehr in der Quecksilberlampe gefunden, mit deren Vervollkommnung sich gegenwärtig Kromayer beschäftigt. Das von Arons vor 14 Jahren entdeckte Hg-Licht entsteht in einem luftleeren, mit Hg-Gas gefüllten Raume durch Gleichstrom, welcher das Gas zum Leuchten bringt. Die Lampen bestehen aus einem Quarzkörper, der das Leuchtrohr enthält und einem Wassergehäuse, das der Abkühlung dient. Die Lampen werden bei hohem Volt und niedrigem Ampère, also sehr ökonomisch gebrannt. Die Lampen brennen im Durchschnitt mit 120—150 Volt und 3—4 Ampère am besten und können gleich-

Digitized by Google

zeitig als Kompressionslinsen verwendet werden. Ein Vergleich des Hg-Lichtes mit dem Eisenlicht lehrt, daß das Hg-Licht in der Hälfte der Zeit ein gleiches Hauterythem hervorzurufen imstande ist, wie das Eisenlicht, und die Hälfte der Zeit gebraucht, um Chlorsilberpapier gleich stark zu schwärzen wie jenes. Auch das Finsen-Licht wird an Tiefenwirkung übertroffen; die Hg-Lampe bei $3^1/_2$ Ampère und 140 Volt schwärzt durch drei Lagen Papier, Silberpapier noch intensiver, als in der gleichen Zeit die Finsen-Rheinlampe durch nur eine Lage. Die kürzere Belichtungsdauer, die Möglichkeit, große Flächen zu behandeln (7 : 7 cm), wie auch die besondere Billigkeit und Anwendbarkeit an Schleimhäuten sind Vorteile, welche dem Behelfe des Vfs. die rascheste Verbreitung zu prognostizieren gestatten. Als Indikationen macht Vf. geltend: Lupus, Naevus vasculosus, Alopecia areata, Acne rosacea, Ekzem, Blennorhöe?! — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1905.) N.

Ein Fall von eigentümlicher Pigmentierung der Haut, vielleicht eine unvollkommene Form der Recklinghausen'schen Krankheit. Von F. Parkes Weber. Ref. Einstein, Stuttgart.

Bei einem Mädchen von 15 Jahren bestehen 1. eine diffuse braune Verfärbung großer Hautpartien im oberen Rücken- und Nackenteil, nach oben scharf begrenzt, nach unten allmählich in die normale Haut übergehend, 2. größere und kleinere braune Flecken, die über den ganzen Rumpf verbreitet sind und 3. einige nicht erhabene Naevi pigmentosi von fast schwarzer Farbe am Thorax. Die Pigmentierung begann schon im 18. Monat und breitete sich allmählich aus, die Naevi wurden seit drei Jahren bemerkt. Beachtenswert ist, daß diese Veränderungen nur die durch die Kleidung bedeckte Haut betreffen (opp. Kaposis Xeroderma pigmentosum). Sonst fiel an dem Mädchen nichts Besonderes auf; in der Familie kam nichts Aehnliches vor.

Vf. hält den Fall für eine forme fruste der Recklinghausenschen Krankheit, d. h. einer Neurofibromatosis mit typischer Hautpigmentierung, aber in diesem Falle ohne Tumorbildung. — (The British journ. of children diseases, Jan. 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Spirochaete pallida.

1. **Ueber die Lagerung der Spirochaete pallida im Gewebe.** Von A. Buschke und W. Fischer. Ref. E. Deutsch, Wien.
2. **Weitere Beobachtungen über Spirochaete pallida.** Von A. Buschke und W. Fischer. Ref. E. Deutsch, Wien.
3. **Das Verhältnis zwischen Spirochäten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder.** Von E. Gierke. Ref. E. Deutsch, Wien.
4. **Weitere Mitteilungen über die Spirochaete pallida (Treponema Schaudinn).** Von K. Herxheimer und M. Opificius. Ref. E. Deutsch, Wien.
5. **Ueber Primäraffekt am Lid mit Demonstration von Spirochäten.** Von Kowalewski. Ref. E. Deutsch, Wien.
6. **Spirochaete pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken.** Von E. Hoffmann. Ref. E. Deutsch, Wien.
7. **Experimentelle Untersuchungen über die Infektiosität des syphilitischen Blutes.** Von E. Hoffmann. Ref. E. Deutsch, Wien.

1. Bekanntlich waren es Burschke und Fischer, die zuerst über das Vorkommen der Spirochaete pallida in den inneren Organen und im Blute eines heredosyphilitischen Kindes berichteten. Seither hatten sie Gelegenheit, noch 6 Fälle hereditärer Lues zu beobachten, aber bloß in einem einzigen Falle gelang der Nachweis zahlreicher Spirochäten in Milz, Leber und Niere. Es handelt sich um ein Kind einer manifest luetischen Mutter, das ohne Krankheitszeichen zur Welt kam, nach einem Monat aber, trotz entsprechender Nahrungszufuhr an Gewicht abnahm und bei leichter Koryza, ohne irgendwelche Hauterscheinungen, an Enteritis zugrunde ging. Die Obduktion ergab im wesentlichen eine starke hämorrhagische und parenchymatöse Nephritis.

Zur Darstellung der Spirochäten im Gewebe bedienten sie sich der Levadili-

Digitized by Google

schen Färbung; am besten waren die Bilder, wenn nicht nachgefärbt wurde. Die Spirochäten finden sich hauptsächlich in dem erkrankten Gewebe, insbesondere in der Wand größerer und kleinerer Gefäße; sie lagern bis dicht an das Endothel heran, wohl auch im Lumen und scheinen von hier interzellulär ins Nachbargewebe vorzudringen, häufig sieht man sie auf Epithelzellen, vielleicht in denselben, das läßt sich derzeit noch nicht sicher sagen, denn die Zellen machen sonst einen völlig intakten Eindruck. In den spezifischen Infiltrationsherden liegen sie zwischen den Zellen und auch zwischen den Epithelien der Organe, ohne hier nennenswerte histologische Veränderungen hervorzurufen. Nach den Autoren ließe sich dieser letztere Umstand, bei der Annahme der Spirochäten als Erreger der Syphilis, nur so erklären, daß kurz vor dem Tode noch eine Ausbreitung stattfände.

Am interessantesten waren die Befunde in einer papulösen Effloreszenz (einem anderen Falle entnommen); in den Papillen, besonders innerhalb und um die Kapillaren herum, lagern große Massen deutlich gewundener Spirochäten, die von da senkrecht nach der Oberfläche durch das wenig oder stellenweise gar nicht infiltrierte Epithel wandern und bis unter die Hornschicht verfolgt werden können. In den tieferen Partien der Kutis sind nur vereinzelte Individuen sichtbar; zahlreiche wieder um Talg- und Schweißdrüsen und Haarbälge, in welche sie eindringen, und um einzelne Gefäße.

Wichtig ist noch die Schlußbemerkung, daß es den Autoren in keinem Falle von maligner (5 untersuchte Fälle) und tertiärer Lues gelungen sei, die Spirochäten in Ausstrichpräparaten nachzuweisen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1906.)

2. Unter acht bisher untersuchten Fällen von hereditärer Syphilis hatten die Autoren in Bezug auf Spirochäten drei positive Fälle. Der im vorliegenden geschilderte Fall zeichnet sich dadurch aus, daß er ein totgeborenes, vollkommen ausgetragenes Kind betraf, welches keinerlei Erscheinungen von Syphilis darbot und das von einer Mutter stammte, welche zur Zeit der Geburt noch kein Exanthem aufwies, im ganzen (im Interesse des Kindes) präventiv eine Injektion von Hg. salicyl. 0·1 erhalten hatte und an den Folgen der Geburt zugrunde ging.

Die Leber und Milz des Kindes ergaben im Ausstrichpräparat spärliche Exemplare von Spirochäten, dagegen reichlich in den nach Levadili behandelten Schnitten, es ist also zweifellos die Schnittmethode dem Ausstrich bei weitem überlegen. Histologisch finden sich in der Leber ausgedehnte Zerstörungen des Parenchyms (ausgedehnte, interstitielle Hepatitis mit Schwund der Leberzellen und in größerer Menge zirkumskripte lymphozytäre Infiltrationen), in der Milz indurative Prozesse, an den Epiphysen keine Veränderungen. Am meisten Parasiten finden sich in der Leber in den Infiltrationsherden, sowie im neugebildeten, interstitiellen Gewebe, während sie sich in der Milz, besonders in den Trabekeln, in Längszügen, vielleicht in den dort vorhandenen Lymphspalten, finden. Der bei weitem größte Teil der Spirochäten liegt extrazellulär, zwischen den Infiltrations- und Parenchymzellen, doch läßt sich nicht ausschließen, daß sie sich auch innerhalb der Drüsenzellen lagern. Bevorzugt werden die Blutgefäßwandungen und besonders die Lymphspalten.

Von anderen Fällen hereditärer Syphilis erwähnen die Autoren, daß alle Versuche, durch frühzeitigen Nachweis von Spirochäten bei Abwesenheit von klinischen Symptomen bald nach der Geburt eine Frühdiagnose zu stellen, fehlschlugen. Weder die Plazenta, noch die Nabelschnur, noch das Geschabe von Kantharidenblasen ergaben positive Resultate.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, daß die Autoren bisher in fünf genau untersuchten Fällen von typischer, frischer, zum Teil sehr schwerer Syphilis maligna in Ausstrichpräparaten nie Spirochäten fanden, auch histo-

Digitized by Google

logisch in Serienschnitten untersuchte maligne Syphilide im Frühstadium ergaben ein negatives Resultat. Und doch müßte man eigentlich annehmen, daß bei diesen malignen Formen viel Kontagium vorhanden sein sollte. Auch bei einer frischen ausgedehnten Erkrankung der Gehirnarterien, die zahlreiche, frische Syphilisinfiltrate in der Adventitia und Intima aufwies, war die Suche nach Spirochäten negativ. Es ließe sich das wohl in dem Sinne erklären, daß diese Veränderungen ganz analog denen des Gummas sind und daß wir ja auch im Gumma bisher histologisch vergeblich nach Spirochäten fahnden; anderseits läßt sich nicht verschweigen, daß die kongenitale Lues wiederum reichlich Spirochäten finden läßt in den Bildungen, die dem Gumma ganz entsprechen. Immerhin muß betont werden, daß der von den meisten Autoren aufgestellte Satz, die Spirochäte finde sich in allen Produkten der sekundären Infektionsperiode, doch der Einschränkung bedarf, daß sie in manchen besonders gebauten Produkten zu fehlen scheint. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1906.)

3. Gierke benützte zur Darstellung der Spirochäten in Schnittpräparaten eine Methode, die dem Levaditischen Verfahren vollständig entspricht, wenn sie ihm auch von anderer Seite zukam. Untersuchungsmateriale bilden zwei in Freiburg beobachtete und sezierte Fälle hereditärer Lues, sowie Organstücke dreier kongenital syphilitischer Kinder, die von anderer Seite zur Verfügung gestellt wurden. In allen Fällen, die also sicher kongenitaler Syphilis entstammten, konnten Spirochäten nachgewiesen werden.

Es drängt sich nun weiters die Frage auf, in welchem Zusammenhang die syphilitische Gewebserkrankung mit den Spirochäten stehe? Allgemein läßt sich wohl behaupten, daß in den stärkst veränderten Organen auch die größte Menge von Spirochäten vorhanden sei. Der häufigste Sitz der fötalen Syphilis ist die Leber; sie enthält in den beiden ersten Fällen des Autors reichlich Spirochäten. Die Leber bildete im ersten Falle überhaupt das einzige, nachweisbar syphilitisch erkrankte Organ; im zweiten Falle handelte es sich bloß um zellige Veränderungen, diffuse, interstitielle Wucherungen fehlten. Aus diesen Befunden, im Zusammenhalt mit den weiteren drei zur Verfügung gestellten Fällen, läßt sich die Folgerung ziehen, daß frische Fälle mit progressiven Veränderungen viel Spirochäten beherbergen, während in den mehr abgelaufenen Fällen mit bereits ausgesprochener Bindegewebswucherung die Spirochäten an Zahl abnehmen.

Nebennieren ergaben in allen Fällen, in denen darauf untersucht wurde, reichlich Spirochäten. Auch die Nieren der beiden ersten Fälle gaben positiven Befund, obwohl sich im ersten Falle histologisch an der Niere keine besonderen Veränderungen erkennen ließen. Eine Lunge mit sogenannter weißer Pneumonie ergab besonders schöne Bilder, die Zahl der Spirochäten erschien an jeder Stelle proportional der Stärke der entzündlichen Infiltration. In der Milz finden sich Spirochäten in der Pulpa (I) und in der Wand großer Gefäße (IV), doch ist es schwer, hier histologische Veränderungen festzustellen, die sich bloß auf die Syphilis beziehen. Das histologisch unveränderte Pankreas des Falles II ergab reichlich Spirochäten.

Es muß also immerhin zugegeben werden, daß Gewebsbefund und Spirochätennachweis nicht stets übereinstimmen. Das beweise nichts gegen die ätiologische Bedeutung; handelt es sich doch um Kinder, die an florider Syphilis zugrunde gingen, so daß immerhin die Annahme erlaubt ist, daß die starke Propagation erst in den letzten Lebenstagen erfolgte, in welchen der geschwächte Organismus die Kraft zur Reaktion nicht mehr aufbrachte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1906.)

4. Aus diesen Mitteilungen sei folgendes hervorgehoben: An Präparaten von

Digitized by Google

zwei regelmäßig untersuchten Patienten konnten die Autoren einen deutlichen Unterschied zwischen Tag- und Nachtpräparaten feststellen. Das Materiale wurde durch 48 Stunden zweistündlich den entsprechenden Lokalisationen entnommen. Es ergab sich eine ganz auffallende Differenz in der Zahl der Spirochäten, die in der Nacht, insbesondere in der Zeit von 12 bis 6 Uhr, viel höher war als sonst, und zweitens in der Lagerung; die Spirochäten lagen seltener gestreckt, sondern in Knäuelungen, Wicklungen und Bogenformen, so daß daraus der Eindruck erwuchs, als hätte man sie in einer lebhafteren Bewegung überrascht und fixiert. Es scheint das darauf hinzuweisen, daß die Spirochäten, wie die anderen pathogenen Protozoen, abwechselnd Perioden der Ruhe und der stärkeren Vermehrung oder wenigstens lebhafteren Bewegung haben.

In den gefärbten Schnittpräparaten findet sich eine große Reihe von Formen, welche wohl auf eine vorausgegangene Längsteilung hinzudeuten scheinen, so die der Länge nach verschlungenen oder Gabel- und Kreuzformen oder die nicht selten anzutreffenden Konvolutbildungen in Spindel- und Knäuelform.

Der konstante Befund in den Ausstrichpräparaten bei allen Fällen primärer und sekundärer Lues und der Nachweis der Spirochaete pallida im Schnitt spezifisch erkrankter Gewebe berechtigt dazu, ihr ätiologische Bedeutung zuzusprechen, so daß auch ein diagnostischer Rückschluß durch den Befund gestattet ist; der positive Befund ist beweisend, der negative berechtigt aber zu keinen Schlüssen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1906.)

5. Die Schwierigkeiten, welche sich der prompten Diagnose des Primäraffekts in den allerfrühesten Stadien entgegenstellen, sind bekannt, sie finden noch eine Steigerung bei extragenitalem Sitz. Mit Recht betont der Autor, daß wir das wichtigste pathognomische Hilfsmittel für die Diagnose nicht in der Sklerose selbst, sondern in der Nachbarschaft zu suchen haben, d. i. im Verhalten der regionären Drüsen, allerdings setzt auch das schon eine mehrwöchentliche Krankheitsdauer voraus. Aber gerade das letzte Jahr hat uns vielleicht ein neues Hilfsmittel für schwierige und zweifelhafte Fälle gebracht, und zwar den Nachweis der Spirochaete Schaudinn; denn kann man ihm auch derzeit nicht die Dignität eines Tuberkelbazillen- oder Gonokokkenbefundes zuweisen, so wird ihr Nachweis sicherlich zur weiteren Beobachtung nach bestimmter Richtung auffordern.

Der Fall, den der Autor schildert, ist ein Paradigma für die vorausgeschickten Bemerkungen. Ein Mädchen erscheint beim Arzte mit einem unscheinbaren Bläschen am oberen Lid des linken Auges, das als Gerstenkorn imponiert; das vermeintliche Gerstenkorn wird schlechter, die Lidentzündung nimmt zu, es tritt auch Schwellung der linken Wange und Halsseite auf; erst in diesem Stadium sieht der Autor, der sofort Verdacht auf Primäraffekt schöpft, die Kranke; speckiger Geschwürsgrund, knorpelige Härte desselben, Schwellung der präaurikulären Drüsen. Anamnestisch sonst nichts zu erheben. Saft vom Geschwürsgrund und aus der Drüse wurden zur Färbung nach Giemsa abgenommen, die Kranke dann ohne weitere Untersuchung entlassen; schon nach drei Tagen können Allgemeinerscheinungen konstatiert werden, die Allgemeinbehandlung wird eingeleitet, unter der auch das Geschwür zurückging. In den dem Geschwür entstammenden Präparaten ließ sich reichlich die Spirochaete pallida nachweisen, während sie im Drüsensaft fehlte. Bereits nach der dritten Sublimatinjektion (zu 1%) war der Autor, trotz Unterlassens jeder lokalen Behandlung, nicht mehr imstande, in dem Geschwürsafte Spirochäten aufzufinden, was vom Autor im Sinne des Erfolges der eingeleiteten Therapie aufgefaßt wird. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 52, 1905.)

6. Metschnikoff, R. Kraus, Zabolotny und Schaudinn konnten über den Nachweis von Spirochäten bei Affen berichten, bei welchen der Ausgangspunkt der Impfung entweder syphilitische Papeln oder Primäraffekte vom Menschen oder von mit Erfolg geimpften

Digitized by Google

Affen gebildet hatten. Der Autor aber berichtet hier über einen Fall, in welchem die an einem Makakus rhesus vorgenommene Impfung mit dem Blute eines sechs Monate früher mit Syphilis infizierten, aber bis zur Zeit der Impfung noch unbehandelten Mannes vorgenommen wurde.

Der Patient, ein 25 Jahre alter, früher stets gesunder Mann, hatte bereits Anfang Juni mehrere kreisrunde, wunde, brennende Stellen bemerkt, welche stark absonderten, und obwohl solche Stellen auch am Skrotum, Anus, Bauchhaut auftraten, blieb der Kranke doch bis zu seiner im Oktober erfolgenden Aufnahme ins Krankenhaus ohne Behandlung. Damals fanden sich bis handgroße Beete dicht stehender, nässender Syphilispapeln am Penis, Skrotum, Anus etc., nebstdem an der Haut des Rumpfes ein makulopapulo-krustöses Syphilid, dazu Psoriasis palmaris, Plaques an der Mundschleimhaut und Angina specifica.

Mittels Punktion wurden aus der Vena mediana ungefähr 5 cm³ Blut unter aseptischen Kautelen gewonnen und einem Makakus rhesus erhebliche Mengen desselben in je eine tief skarifizierte Stelle unmittelbar unter beiden Augenbrauen und am linken Lidrand durch 5 Minuten eingerieben. 18 Tage nach der Impfung entstand am rechten oberen Augenlid eine eben sichtbare, schwach dunkelrote Papel, die zwei Tage später halblinsengroß, etwas erhaben und von nicht schuppender, unversehrter Epidermis bedeckt war. Sie wurde abgekratzt, das Geschabe zur mikroskopischen Untersuchung verwendet; in den Präparaten fanden sich zahlreiche, ganz typische Exemplare der Spirochaete pallida. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 46, 1905.)

7. Die Frage nach dem Grade und der Dauer der Infektiosität des syphilitischen Blutes besitzt nicht nur ein wissenschaftliches, sondern auch ein praktisches Interesse. Diesbezügliche Versuche sind am Menschen ja bereits gemacht worden, und der Autor berichtet über 18 aus der Literatur gesammelte Fälle, von welchen 7 einen positiven, 11 einen negativen Erfolg hatten. Die Kranken litten sämtlich an frischer Syphilis und hatten noch keine Quecksilberbehandlung erfahren, und darum lassen diese Versuche den Schluß zu, daß die Infektiosität des Blutes selbst bei frischer, unbehandelter Syphilis nicht sehr groß sein kann, was ja auch mit den klinischen Erfahrungen übereinstimmt.

Die Versuche Hoffmanns wurden an Affen vorgenommen. Um sicher dem Einwand zu begegnen, daß etwa Keime aus kutanen oder subkutanen Herden dem Blute beigemengt wären, führte er in die freigelegte Vene eine sterilisierte Kanüle ein, ließ zuerst etwas Blut abfließen und fing dann die zur Impfung bestimmte Menge von 5—10 cm³ auf. Von vier Versuchen verliefen zwei positiv. Jedenfalls stimmt dieses Ergebnis mit den in früherer Zeit gemachten Erfahrungen vollständig überein. Interessant ist das Impfmaterial, weil es die eingangs erwähnte Frage über Zeit und Dauer der Infektiosität des syphilitischen Blutes streift. In dem einen Falle wurde das Blut ungefähr 40 Tage nach der Infektion, also vor Ausbruch eines Exanthems, entnommen, im zweiten ungefähr sechs Monate nach der Infektion bei bisher unbehandelter Krankheit, beide Fälle führten also Spirochäten im strömenden Blut. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 13, 1906.)

Kinderheilkunde.

Erfahrungen bei Mastdarmpolypen im Kindesalter.
Von H. v. Mettenheimer, Frankfurt a. M.
Ref. Einstein, Stuttgart.

Mastdarmpolypen sind im Kindesalter nicht selten. Sie geben häufig zu falschen Diagnosen Anlaß, besonders zu der Diagnose vorzeitiger Menstruation oder von Blasen- und Nierenstörungen. Der Reiz auf die benachbarte Blase kann zu Blasentenesmus oder durch Harnstauung sogar zu Zystitis führen. Zur Behandlung ist die Entfernung mit dem Paquelin oder durch Unterbindung in Narkose zu empfehlen; einfaches Abreißen der Polypen ist wegen Gefahr von Blutungen, Infektionen und Rezidiven nicht anzuwenden. — (Jahrb. f. Kinderkrankh., H. 2, Bd. 63.)

Digitized by Google

Adenoide Vegetationen als die häufig unerkannte Ursache von Kinderkrankheiten. Von J. A. Donovan. Ref. Kaufmann, Mannheim.

Nach Ansicht des Vf.s sind neben Diätfehlern die adenoiden Wucherungen die häufigste Ursache von Erkrankungen der Kinder. Man sollte daher bei allen Kindern, die an häufigen Erkältungen, Schnupfen, Otitiden, Bronchitiden leiden, nach ihnen fahnden und sie, falls nicht eine ganz besondere Kontraindikation vorliegt, entfernen, und zwar ohne Allgemeinanästhesie. Mit großer Wahrscheinlichkeit bilden sie sich ja im Laufe der Zeit selbst zurück; aber darauf zu warten und allen Folgezuständen ihren Lauf zu lassen, wäre verkehrt. — (The Med. News Nr. 18, 28. Okt. 1905.)

Ueber neue Symptome der Affektionen der Mastdarmschleimhaut, besonders über Fissurae ani mit Symptomen einer Koxitis. Von Karl Švehla, Prag. Ref. Einstein, Stuttgart.

Einfache Hyperämien der Mastdarmschleimhaut, auch gewöhnliche zirkumanale Erytheme oder evidente Fissurae ani sind häufig Ursache von Koliken oder auch von Schmerzen der unteren Extremitäten. Manchmal geben sie sogar zu Symptomen Anlaß, die bisher als charakteristische Merkmale für Koxitis angesehen wurden: Flexion, Adduktion und Innenrotation des Beines, Schmerzen bei Schlag auf den Trochanter und die Ferse. Die Kranken, meist Kinder, geben dem Bein unwillkürlich die charakteristische Lage, um die Nates von einander zu entfernen. Bei Männern kann die Fissura ani Prostatorrhöe verursachen, die zu Verwechslung mit Gonorrhöe Veranlassung gibt.

Die Diagnose der Mastdarmaffektionen wird durch die bei der Palpation des Mastdarmes entstehenden Schmerzen und durch die prompte Wirkung der lokalen Behandlung bestätigt. Letztere besteht in 1. Sitzbädern, dreimal täglich, außerdem nach jedem Stuhl, 2. Bestreichen des Mastdarmes mit Vaseline oder 2%iger Kokainsalbe, 3. Laxantien und Regelung der Diät zur Erzielung breiiger Stühle und 4. Einführung von Suppositorien mit 0·01 Cocain. hydrochl., am besten nach dem Stuhl, zweimal täglich mit mindestens sechsstündiger Zwischenpause. — (Jahrb. f. Kinderheilk., H. 2, Bd. 63.)

Neurasthenie in der Kindheit. Von Hubert N. Rowell, Brokeley. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Neurasthenie ist zwischen dem 10. und 15. Jahre ziemlich häufig. Aetiologisch kommen in Betracht: Heredität, körperliche Schwäche, Masturbation, Verdauungsstörungen, Traumen, Refraktionsanomalien der Augen, geistige Ueberanstrengungen, Uebermaß gesellschaftlicher Vergnügungen, Schrecken, schlechte Erziehung.

Die Symptome sind ungemein mannigfaltig: Schlaflosigkeit, Schwindel, momentane Bewußtlosigkeit, Platzangst, Furcht vor dem Alleinsein, Klaustrophobie, Angst vor bestimmten Namen und Bildern, gastrointestinale Störungen, bandförmige Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Müdigkeit, Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu konzentrieren.

Differentialdiagnostisch wichtig ist die Hysterie, die sich durch ihr rasches Einsetzen, hysterische Stigmate, Konvulsionen, Abwesenheit von Neuralgien und Schlaflosigkeit von der Neurasthenie unterscheidet.

Die Behandlung besteht in Ruhe — in schweren Fällen in wochenlanger Bettruhe — Entfernung aus der gewohnten Umgebung, Erziehung durch eine energische und liebevolle, intelligente Person, die das Kind vor allem ermutigen soll. Dazu kommen kalte Abwaschungen, laue Packungen, Massage vor dem Schlafengehen, länger dauernde, forcierte Milchdiät, Sonnenbäder, Galvanisation. Nach einigen Wochen der Ruhe beginnt man mit tonischen Mitteln: Strychnin, Arsen, Eisen. Schlafmittel sind zu verpönen. — (California state journal of medicine, Vol. III, Nr. 3, 1905.)

Asphyxie der Neugeborenen. Eine neue Methode der Wiederbelebung. Von William Himmelsbach, San Francisco. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. zählt die bisherigen Methoden der Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener auf. Sie geben sehr unzulängliche

Digitized by Google

Resultate, besonders bei dem schweren Stadium der Asphyxie, der sogenannten apoplektischen oder lividen Form (im Gegensatz zu dem leichteren Stadium, der anämischen oder blassen Asphyxie). Vf. erzielte bei scheinbar hoffnungslosen Fällen mit fehlendem Herzschlag und Apnoë, bei denen die älteren Methoden nichts nützten, gute Erfolge nach ein- oder zweimaliger subkutaner Injektion von 0·00004 g Strychninum sulfuricum und 0·00003 g Atropinum sulfuricum. — (California State Journal of Medicine, Febr. 1906.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Ueber Stovain.

Das Stovain ist eines der neuesten Ersatzmittel für Kokain. Es wurde von E. Fourneau im Jahre 1903 erfunden und von Billon in Paris dargestellt. Das Stovain kristallisiert in weißen glänzenden Blättchen, deren Schmelzpunkt bei 175° liegt und die sich sehr leicht in Wasser lösen. Die Lösungen geben die Alkaloidreaktionen, sind wiederholt sterilisierbar und vertragen im Autoklaven eine Temperatur von 115° unzersetzt.

Dieses Präparat wurde pharmakodynamisch und toxikologisch von Billon, Lanoy und Billon, Lapersonne und anderen 1904 untersucht und es zeigte sich dabei folgendes Ergebnis: Es wurde am Tierauge als brauchbares Anästhetikum erkannt, das jedoch am Zentrum der Kornea und der Iris nur die Empfindlichkeit herabzusetzen vermochte. In größeren Mengen ist Stovain ein Krampfgift wie Kokain. Kurz nach der Injektion tritt allmählich steigender Trismus ein. Es folgt Unruhe der Versuchstiere mit Lähmung der hinteren Extremitäten, dann allgemeine klonische und tonische Krämpfe, die sich schnell folgen; sie verlieren sich mit dem komatösen Stadium, in das die Tiere 2—3 Stunden vor dem Tode verfallen. Die tödliche Gabe Stovain ist 0·15—0·20 pro Körperkilo bei Meerschweinchen. Die Giftigkeit des Mittels verhält sich also zu der des Kokains wie 1 : 2·5. Stovain macht Gefäßerweiterung, in stärkeren Gaben Abort durch Fluxion zu den Bauchorganen und im Gegensatz zu den bisher bekannten Anästheticis Myosis. Die klinische Prüfung ergibt für das Stovain etwa folgendes: Stovain ist als örtlich gefühlslähmendes Mittel durchaus brauchbar, sowohl für Schleimhautoberflächen, als für subkutane, als für Rückenmarksanästhesie. Seine Giftigkeit ist zweifellos geringer als die des Kokains. Seine gefäßerweiternde Wirkung wird fast allgemein bemerkt. Die Anästhesie ist schwächer und kürzer als beim Kokain. Für die Anwendung am Auge wird sich das Mittel nach der Meinung von Carl Schmiz (Dissertation, Bonn. Aus dem pharmakologischen Institut, 1905, 118 S.), da es nach der Injektion einer 4%igen Lösung das lästige Gefühl eines Fremdkörpers hervorruft, obwohl es in subkonjunktivaler Injektion dem Kokain an anästhetischer Kraft vielleicht sogar überlegen ist, weniger einbürgern. Es macht leichte Injektion der Konjunktiva, läßt am Menschen die Pupille unverändert, ebenso den intraokulären Druck. Es macht nur kurze Anästhesie und greift die Kornea, allerdings leicht und vorübergehend, etwa wie Kokain an.

Für die subkutane Injektion verwendet es Reclus in 0·5%iger Lösung und erwähnt dabei die geringere anästhetische Kraft des Mittels. Für die Rückenmarksanästhesie besitzt Stovain bisher einzig dastehende Vorzüge; das Mittel wird hier meist in 10%iger Lösung verwandt. Sonnenburg empfiehlt (1905), verdünntere

*) **Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.**

Digitized by Google

Lösungen mit Kochsalz zu versuchen, da Stovain in Berührung mit dem alkalischen Liquor cerebrospinalis ausfalle, er selbst hat bisher zur Vermeidung dieses Uebelstandes Kokain zugesetzt. Die Stovainanästhesie nach intraduraler Injektion hat zwar weder die örtliche noch die zeitliche Ausdehnung der Kokainanästhesie, vielleicht läßt auch ihre Sicherheit zu wünschen übrig. Sonnenburg hatte 11 „Versager" auf 56 Fälle, doch ist die Wirkung auf das Gebiet, das Bier der Rückenmarksanästhesie zuweist, vorzüglich. Bei der intraduralen Anwendungsweise zeigt das Stovain eine ebenfalls bisher bei den gebräuchlichen Anästhetizis noch nicht beobachtete Eigentümlichkeit. Es tritt nämlich, unter dem Gefühle von Ameisenlaufen und Schwere der Glieder, eine motorische Lähmung der unteren Extremitäten auf, welche die Analgesie um Stunden zu überdauern vermag und mit zurückbleibenden leichten Sensibilitätsstörungen vergesellschaftet ist. Praktisch ist diese Eigenschaft des Mittels bedeutungslos, die für die Erklärung der Wirkung des Anästhetikums bei der Rückenmarksanästhesie sehr interessant ist und ebenso sehr gegen die Theorie von der oberflächlicheren Lagerung der sensiblen Elemente gegenüber den motorischen, wie gegen die Annahme einer Wirkung auf die Medulla oblongata zu sprechen scheint.

Das Stovain scheint am Rückenmark eine relativ besonders geringe Giftigkeit zu entfalten. Man kann ungestraft große Mengen verwenden. Als normale Gabe gilt eine solche von 40—50 mg, doch geht Sonnenburg bis 70 mg, Caput bis 80 mg, während die intradurale Maximaldosis für Kokain von Bier auf 15 mg festgesetzt wurde. Die Neben- und Nachwirkungen sind mit verschwindenden Ausnahmen minimal. Die Patienten werden nicht blaß, erbrechen nicht und haben keine Kopfschmerzen während der Operation. Ohnmachten kommen nicht vor. Auch nach dem Eingriffe fühlen sich die Operierten in der großen Mehrzahl der Fälle dauernd ganz wohl, von leichten Kopfschmerzen abgesehen. Nach der Meinung des Vfs. stellt die Einführung des Stovains, welches eine Kombination von Adrenalin verträgt, für die Rückenmarksanästhesie einen neuen Markstein auf dem Wege zur allgemeinen Praxis dar.

Nach Th. Mayer (Berlin) liefert eine Kombination von **Novokain mit Sublamin** Injektionsflüssigkeiten, die den üblichen 2-, respektive 1%igen Sublimatlösungen der Wirkung nach gleichstehen, vor ihnen jedoch den Vorzug der gänzlich oder fast gänzlich fehlenden Schmerzhaftigkeit aufweisen. Die Technik ist die der gebräuchlichen glutäalen intramuskulären Injektionen.

Rp. Sublamin. 1·7
Aq. dest. ad 50·0
Coque, refrigera, adde
Novocaïn. 0·75
D. In vitro fusco amplo.

Rp. Sublamin. 0·85
Aq. dest. ad 50·0
Coque, refrigera, adde
Novocaïn. 0·5
D. In vitro fusco amplo. — (Derm. Zeitschr. Bd. 13, H. 3, 1906.)

Hirudin ist der die Gerinnung des Blutes aufhebende Bestandteil des medizinischen Blutegels und wird nach dem Verfahren von Jacoby (D. R.-P. 136.103) durch Extraktion der Schlundringe gesunder Egel und Reinigung des Extrakts hergestellt. Es besteht aus farblosen oder schwach graugelben kleinen Lamellen, löst sich leicht in Wasser und wird durch gesättigte Kochsalzlösung nicht, wohl aber durch Alkohol oder gesättigte Ammonsulfatlösung gefällt. Chemisch scheint es zu den Deuteroalbumosen zu gehören. 1 mg Hirudin hält 7·5 cm^3 Blut dauernd flüssig, ohne die Beschaffenheit des Blutes zu ändern. Die Hirudinwirkung wird durch die meisten bei physiologischen Experimenten angewandten Materialien und Reagentien, sowie durch frische Organteile nicht aufgehoben, auch hält sich Hirudin, soweit bis jetzt beobachtet, jahrelang unverändert, wenn es vor Licht, Wärme und Feuchtigkeit sorgfältig geschützt wird. Hirudin ist bisher bei physiologischen Experimentalarbeiten angewandt worden, dürfte sich

Digitized by Google

aber auch für manche klinische Zwecke eignen. Zur Verwendung löst man passend 0·01 g in 2 cm³ physiologischer Kochsalzlösung. Die Herstellung des Hirudins steht unter ständiger Kotrolle des Pharmakologischen Instituts der Universität Göttingen. — (Brückner, Lampe, Ber.)

Isophysostigmin nennt Ogiu das in dem nicht in Aether löslichen Teile des Kalabarbohnenextrakts von E. Merck dargestellte, von Kobert zuerst pharmakologisch untersuchte Alkaloid, welches dem Physostigmin chemisch sehr ähnlich ist und auch dieselbe Formel wie dieses besitzt. Vergleichende pharmakologische Untersuchungen ergaben dagegen, daß es das Physostigmin bezüglich der Wirkung auf die Darmbewegung bedeutend übertrifft. Auch die miotische Wirkung des Isophysostigminsulfats trat schneller ein und war intensiver und länger andauernd als die des schwefelsauren Physostigmins. Ogiu empfiehlt deshalb, das Physostigmin in den angegebenen Fällen durch etwa $^3/_4$ der üblichen Dosen Isophysostigmin zu ersetzen. Bei der Herstellung von Lösungen des schwefelsauren oder salizylsauren Isophysostigmins ist gerade so vorsichtig zu verfahren wie bei den Lösungen des Physostigmins. Sie sind in braunem Glase zu verabfolgen. Will man sie längere Zeit aufbewahren, so sind sie durch eine Spur Borsäure anzusäuern. — (Ber. v. Brückner, Lampe & Co.)

Chininphytin stellt ein gelbliches, kristallinisch aussehendes, bitter schmeckendes Pulver dar, welches in Wasser sehr leicht, in Alkohol, Aether, Benzol, Chloroform gar nicht löslich ist. Die wässerigen Lösungen sind fluoreszierend. 1 g Chininphytin enthält 0·57 g Chininbase und entspricht, seinem Gehalte an Alkaloid nach, 0·75 g Chinin. hydrochlor. oder 0·70 g Chinin sulfur. Das Mittel ist indiziert bei Malaria, Puerperalfieber, Typhus abdominalis, Keuchhusten, Neuralgien etc.

Dosierung: Bei Malaria 1·2 g in Gaben von 0·6 g mit halbstündigem Intervall, am besten in Oblaten oder in Zuckerwasser.

Puerperalfieber: 1—2 g pro die in Gaben von 0·5 g.

Typhus abdominalis: 1—2 g pro die in Gaben von 0·5 g.

Keuchhusten: unter 5 Jahren 0·1—0·3 Gramm pro die, von 5—10 Jahren 0·3 bis 0·6 g pro die.

Rp.	Chininphytin	1·0
	Extr. Liquir.	8·0
	Aq. dest.	ad 100·0

M. D. S. Viermal täglich 1—2 Kaffeelöffel voll (für Kinder von 2—6 Jahren).

Eucodin „Riedel". Zusammensetzung: Codeinbrommethylat. Eigenschaften: Ein in Wasser leicht, in Alkohol schwer lösliches, in Chloroform und Aether unlösliches, bei 261° schmelzendes Pulver, welches 75·88% Kodein enthält und aus Wasser in großen, sechsseitigen Prismen auskristallisiert. Anwendung: Als Ersatz des Kodeins (respektive dessen bisher gebräuchlicher Salze), dessen unangenehme Nebenwirkungen, besonders die Krampfwirkung und die exzitierende Wirkung, das Präparat nicht besitzt. Man gibt Eukodin in Dosen von 0·2—0·3 auch 0·4 g pro die in Form von Mixtur, Pulver oder Tabletten als Expektorans, zur Linderung des Hustenreizes, als Sedativum und Analgetikum.

Zum Beispiel:

Eucodin	0·4
Syr. simpl.	20·0
Aq. dest.	ad 200·0

M. D. S. Teelöffelweise in 1—2 Tagen zu nehmen

oder

Tabul. Eucodini (0·05)

D. S. Dreimal täglich eine Tablette zu nehmen.

Die allgem. med. Zentral-Ztg. Nr. 11, 1906, bringt eine verdienstliche Zusammenfassung der neuesten Arbeiten über die **perkutane Jodtherapie** aus der Feder E. Waldmanns. Aus den bisher erschienenen Arbeiten ergibt sich, daß das Jothion zu der noch geringen Anzahl von Mitteln gehört, welche ermöglichen, auf externem Wege eine Behandlung von Affektionen vorzunehmen, die seither vielfach nur der mit manchen Unannehmlichkeiten verknüpften internen oder In-

Digitized by Google

jektionsmedikation zugänglich war. Das Mittel setzt uns in die Lage, die resorbierende Kraft des Jods bei lokalen Prozessen, bei denen die bisher gebräuchlichen äußerlichen Mittel infolge der geringeren Resorption des Jods keine besonderen Erfolge hatten, bei weitem mehr auszunützen. Das Präparat kann zur Unterstützung der internen Jodtherapie überall herangezogen werden, wo es sich darum handelt, dem Körper unter tunlichster Schonung in einer gegebenen Zeit die größtmögliche Menge Jod einzuverleiben. Jothion kann in allen Fällen innerlichen Jodkaligebrauches angewendet werden, wo Idiosynkrasie gegen letzteres Mittel besteht.

Als ein verläßliches und unschädliches Anthelmintikum wird von Dr. Josef Bodenstein (Selzthal) das **Filmaronöl** empfohlen. Filmaronöl besteht aus 1 Teil Filmaron und 9 Teilen Rizinusöl. In den Fällen des Vfs. wurden stets Erfolge erzielt ohne die geringsten Nebenwirkungen oder Gesundheitsstörungen. Eine besondere Vorkur ist nicht nötig. Bodenstein arbeitet im allgemeinen, wie aus den mitgeteilten Krankengeschichten hervorgeht, mit etwas größeren Dosen als Jaquet (s. Zentralbl. f. d. ges. Therapie Nr. 12, 1905), welcher durchschnittlich 0·7 g Filmaron verabreicht; er verschreibt als Durchschnittsdosis 10 g Filmaronöl 1:10 (= 1·0 g Filmaron). Diesem Umstande mißt er auch das jedesmalige positive Resultat der Kuren zu. Schließlich hat Vf. noch in einer Reihe von Fällen von Askariden bei Kindern ebenfalls Filmaronöl 1:10 in Dosen von 1·0—2·0—3·0 g (= 0·1—0·2—0·3 Filmaron) in Gelatinekapseln je nach dem Alter und der Entwicklung verabreicht, welche ebensowohl gut vertragen als sicher wirkend befunden wurden. — (Wien. med. Presse Nr. 8, 1906.)

Salit, das neue Salizylpräparat für den äußeren Gebrauch wird von Toff hauptsächlich bei akut-rheumatischen Affektionen empfohlen. Die Anwendung geschieht am besten unter der Form von systematischen Einreibungen: Man benützt das Mittel entweder pur oder bei Kindern und Personen mit empfindlicher Haut, gemischt mit gleichen Teilen Olivenöls. Zur Vermeidung von Hautreizungen ist es am besten, die einzureibende Fläche zuerst mit warmem Wasser, Seife und Alkohol zu waschen, da man sonst durch das Hineinreiben von Unreinlichkeiten in die Hautporen Reizungen hervorrufen kann. — (Wien. med. Presse Nr. 8, 1906.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Acidum amidoformicicum condensatum wird als Antiepileptikum empfohlen. Dosis: 30—50 Tropfen täglich.

Acidum diäthylbarbiruricum ist identisch mit Veronal.

Almatein ist ein Kondensationsprodukt des Hämatoxylins und Formaldehyds. Es bildet ein geschmack- und geruchloses, hellrotes bis braunrotes Pulver und wirkt als Antiseptikum und Darmdesinfizienz. Aeußerlich kann das Präparat als Streupulver, rein oder in Mischung, auch in Glyzerin gelöst, zur Wundbehandlung verwendet werden. Innerlich dient es bei Darmerkrankungen und bei Urtikaria in Einzeldosen von 0·2—0·6 g und Tagesdosen von 5·0 g.

Alypinum nitricum wird dort gebraucht, wo Alypin gleichzeitig mit Silbernitrat angewendet werden soll; es muß vorsichtig aufbewahrt werden.

Belloform heißt ein Kondensationsprodukt hochsiedender kresolarmer Kohlenwasserstoffe mit Formaldehyd. Die Flüssigkeit mischt sich mit Wasser und Alkohol und soll in ihrer Wirkung dem Creolin und Lysoform gleichkommen. — (Pharm. Ztg. Nr. 27, 1906.)

Bromotan stellt das Produkt der Einwirkung von Formaldehyd auf Bromtannin und Harnstoff dar und bildet ein lockeres, gelbbraunes, geruch- und fast geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver. Rockstroh (Therap. Monatsh. Nr. 4, 1906) empfiehlt das Präparat gegen Juckreiz bei Ekzemen, sowie gegen Ekzeme. Man verwendet es mit Talkum oder Zinkoxyd gemischt in Form

Digitized by Google

eines 10%igen Puders. — (Pharm. Ztg. Nr. 30, 1906.)

Codrenine P. D. & Co. Lokalanästhetikum und Hämostatikum. Bestehend aus 0·02 g Cocainum hydrochloricum und 0·00006 g Adrenalinum hydrochloricum Takamine.

Coniferoltabletten enthalten Fichtennadelextrakt und dienen als Zusatz zu Bädern.

Coronillin ist das Alkaloid aus der Kronwicke (Coronilla); ein energisches Herzgift, als Ersatzmittel für Digitalin angewendet.

Creosin ist ein Kreosotpräparat, enthält neben Jod noch unterphosphorigsauren Kalk und Perubalsam. Klare, gelbliche Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geschmack, leicht löslich in Wasser und mischbar mit Wein, Milch oder Suppe.

Dolonephran ist ein für zahnärztliche und chirurgische Zwecke bestimmtes Anästhetikum, welches Alypin und Suprarenin enthält.

Estoral, der Borsäure-Mentholester, bildet ein weißes, geschmackloses, kristallinisches Pulver, welches nur schwach nach Menthol riecht und in trockenem Zustande beständig ist, während es sich in Lösung und in Berührung mit Schleimhäuten ziemlich schnell in seine Komponenten spaltet, welche demgemäß in statu nascendi auf die Applikationsstelle wirken. Nach O. Seifert ist das Präparat ganz unschädlich. Es hat sich als gutes Schnupfenmittel bei leichterer, akuter Rhinitis und zur Milderung der Beschwerden bei Rhinitis sicca erwiesen. — (Pharm. Ztg. Nr. 27, 1906.)

Eucathymin ist ein Eukalyptus-Thymian-Präparat, das gegen Keuchhusten empfohlen wird.

Eukalyptine ist eine französische Spezialität gegen Infektionskrankheiten aus Eukalyptus globulus, Guajakol und Jodoform.

Isotachiol ist ein neues Silbersalz, welches nach Isaja schon in einer Verdünnung 1:500.000 antiseptisch und bakterizid wirkt und dabei vollkommen ungiftig ist. Zum Sterilisieren von Trinkwasser genügt ebenfalls ein Zusatz im Verhältnis 1:500.000. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1906.)

Jodan ist eine Lösung von 25%igem Jod im flüssigen Teil des Gänsefettes. Das Präparat soll innerlich und äußerlich als reizloses, leicht resorbierbares Jodpräparat Anwendung finden.

Isson ist ein wohlschmeckendes, haltbares Eisenpräparat mit 0·2% Eisenoxydulsaccharat, welches als kömmliches Eisenmittel für Kinder und Erwachsene empfohlen wird. Man gibt Kindern 10 bis 25 Tropfen, Erwachsenen $^1/_2$—1 Teelöffel.

Imidiod bildet rhombische, bei 176° C. schmelzende und im auffallenden Lichte dunkel, fast schwarz, im durchfallenden Lichte dagegen rot erscheinende Kristalle. Das Präparat wird durch Erhitzen von Paraaethoxyphenylsuccinimid, Kaliumjodid und Jod in verdünnter Essigsäure erhalten und dient als Wundantiseptikum.

Kasucolum ist Kalium sulfoguajacolicum.

Lithosan, früher Cholosan, soll aus 75 g lithiumhaltigem Pfefferminzwasser, 100 g Glyzerin, 100 g wässeriger Rhabarbertinktur, 20 g Kolawein, 15 g französischem Kognak, 10 g Natriumbikarbonat, 10 g Pomeranzenelixir, 1 g Schöllkraut- und 2 g Muiraextrakt, 5 g Baldrian- und 2 g Bibergeiltinktur bestehen und gegen Gallensteine Anwendung finden. — (Pharm. Ztg., 1906.)

Lyptol ist ein Menthol, Eukalyptol, Thymol etc. enthaltendes Wundantiseptikum.

Migrol besteht nach Angabe der Darsteller aus gleichen Teilen der Brenzkatechinmonoazetate des Koffeins und Natriums. Anwendung: bei Kopfschmerz, Migräne und nervösen Zuständen. Gabe: 0·4 g.

Natrium benzoylsulfonicum wird als Darmantiseptikum und in der Augenpraxis an Stelle von Sublimat zu subkonjunktivalen Injektionen (15 bis 50%ige Lösung) empfohlen.

Renoform. Zusammensetzung: Ein 2% Extractum suprarenale enthaltendes Gemisch von Milchzucker mit Borsäure. Anwendung: Als Schnupfpulver bei allen

Digitized by Google

Zuständen behinderter Nasenatmung empfohlen. — (Riedels Ber.)

Salitpatronen und Salocreolpatronen werden unter dem Namen Antirheumatin als bequeme Darreichungsformen der fraglichen Salizylsäurepräparate empfohlen. Anwendung: bei rheumatischen Leiden, die Salocreolpatronen daneben auch noch bei Erysipel, Drüsenanschwellungen u. s. w.

Sulfopyrin, sulfanilsaures Antipyrin, ist ein in Wasser lösliches, geruchloses, weißes Pulver; es wird an Stelle von Migränin gegen Kopfschmerz etc. empfohlen. Dosis: 1 g mehrmals täglich.

Thephorin ist ein Doppelsalz aus Theobromin und Natrium formicicum, also ein Diuretin, in welchem die Salizylsäure durch Ameisensäure ersetzt ist. Es bildet ein weißes, in Wasser leicht (1:10) lösliches Pulver. Das Präparat enthält 62·5% Theobromin und hat sich nach A. Maas als starkwirkendes Diuretikum erwiesen. Man gibt es ebenso wie Diuretin. — (Pharm. Ztg. Nr. 30, 1906.)

Therapogen ist eine wasserlösliche Verbindung von Terpenen und Derivaten des Naphthalins; es stellt eine dunkelbraune Flüssigkeit dar, die sich als ein brauchbares Desinfizienz und Desodorans erwiesen hat. Es wurde in 1—5% wässeriger Lösung in Form von feuchten Verbänden, Tampons oder Irrigationen bei Dekubitus, Beingeschwüren, Otorrhöe, Intertrigo u. s. w. mit Erfolg angewendet. — (Pharm. Ztg. Nr. 30, 1906.)

Trypsogen soll nach Zernik die tryptischen Enzyme der Langerhansschen Inseln nebst Ptyalin, Amylopsin, sowie geringe Mengen Goldbromid und Arsenbromür enthalten.

Uraseptine enthält nach Zernik Urotropin, Piperazin, Natrium und Lithiumbenzoat. Anwendung: Als Harnantiseptikum und bei Gicht.

Utrolene ist nach Zernik ein dem Hämostypticum Brüninghausen ähnliches amerikanisches Präparat. — (Pharm. Post.)

Vesipyrin ist ein in Wasser unlösliches, in Alkohol lösliches, fast geschmackloses Kristallpulver, welches als ungiftiger Ersatz des Salols und in manchen Fällen auch des Aspirins empfohlen wird.

(Fortsetzung folgt.)

b) Neuere Präparate zur äußerlichen Anwendung.

Adhaesivum. Zusammensetzung: Klebmittel in Tuben; fleischrote Masse, bestehend aus Collodium elasticum, Zinkoxyd und Karmin. Anwendung: Zur Bedeckung von Wunden.

Celatonwatte ist ein Verbandmaterial, das aus Charpiebaumwolle, mehreren Lagen Zellstoffe und deckendem Mullzeug besteht.

Colligamen. Zusammensetzung: Einseitig mit Leimlösung bestrichene Mullbinden. Anwendung: Zu Unnaschen Dauerverbänden.

Durinum. Zusammensetzung: Ein aus stufenweise verschieden großen Scheiben von Kautschukheftpflaster bestehendes, in der Mitte daher die dickste Stelle aufweisendes Nabelpflaster.

Karrakpflaster. Zusammensetzung: Eine in Tuben gefüllte, gelée-artige Lösung von Hydro-Azetylzellulose. Anwendung: Als Kollodium-Ersatz.

Leukoplast. Zusammensetzung. Ein weißes Kautschuk-Heftpflaster, welches große Klebekraft besitzen soll, ohne gleichzeitig Reizerscheinungen auszulösen. Es kommt auf Kretonne wie auf Segelleinen und auch in Bindenform auf Spulen gewickelt in den Handel.

Mercolint. Zusammensetzung: Ein parchentartiges, mit 90%iger Quecksilbersalbe imprägniertes Gewebe. Mercolintschurz ist ein aus obigem Gewebe hergestellter, auf der Brust zu tragender Schurz. Derselbe wird in drei Stärken hergestellt, Nr. I mit 10%, Nr. II mit 25%, Nr. III mit 50% Quecksilber. Anwendung: Gegen Syphilis.

Mollplaste. Zusammensetzung: Ein „Salbenpflaster", d. h. ein Pflaster in Salbenform, hergestellt durch Erhitzen unter Druck von Gelatine mit Borsäurelösung, Hinzufügen des resultierenden Produkts zur Pflastermasse und nochmaliges Erhitzen des Gemenges auf 150 bis 160°. Es wird eine ganze Reihe von Mollplasten dargestellt, so mit Empl. adhaesiv., oxycroc., stomachal., fuscum

Digitized by Google

etc. etc. Sie kommen in Zinntuben in den Handel. Anwendung: Als aseptische und antiseptische Pflaster von der Wirkung der Komponenten.

Sanoderma. Zusammensetzung: Eine aus gleichen Gewichtsteilen hydrophilen Mulls und Wismutsubnitrats bestehende, in strömendem Wasserdampf sterilisierte Binde. Anwendung: Zu Trockenverbänden bei Brandwunden.

(Fortsetzung folgt.)

2. Anderweitige Heilbehelfe.

Nach Emil Epstein (Wien) ist das **Höhenklima indiziert** bei folgenden Affektionen: 1. Für Rekonvaleszenz nach schwerer Erkrankung behufs Beschleunigung des Heilungsprozesses; 2. für schwächliche Konstitution und sogenannte Prophylaktiker. Die Wärmeverhältnisse im Hochgebirge wirken, ähnlich wie hydrotherapeutische Maßnahmen, kräftigend und abhärtend auf die Haut. Die intensivere Atmung stärkt die Brustmuskulatur und bringt den Brustkorb zur Entwicklung, der Herzmuskel wird gestählt und die Zirkulationsverhältnisse gebessert; 3. für Skrofulose und Rhachitis, wiewohl für diese Krankheiten das Seeklima der Adria oder Ostsee vorzuziehen ist; 4. für Darmerkrankungen, welche auf Unterleibsstasen zurückzuführen sind; 5. für Krankheiten der Respirationsorgane: Bronchialkatarrh, beginnende Phthise, Asthma; 6. für Bluterkrankungen, Anämie, Malaria und deren Folgezustände; 7. für Nervenleiden, speziell Neurasthenie und die Basedowsche Krankheit, gegen welche Krafft-Ebing Höhenlagen von 1000 m als förmliches Spezifikum empfahl. Als Kontraindikationen sind angeführt: 1. Alle fieberhaften Zustände, da das Höhenklima die Körpertemperatur und den Stoffverbrauch erhöht; 2. Respirationskrankheiten mit Einschränkung der respiratorischen Oberfläche, vorgeschrittene Phthise mit Kavernenbildung oder ausgedehnten Infiltraten, Emphysem etc.; 3. Herzkrankheiten und Arteriosklerose, Zustände, bei welchen der Herzmuskel geschont, sowie jede Erhöhung des Blutdruckes vermieden werden muß; 4. Gelenksrheumatismus. — (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 17, 1906.)

3. Behandlungsmethoden.

Eine originelle **Behandlung der chronischen Obstipation** beschreibt Macmillan (Med. Record. 1905. — Korr.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 3, 1906). Die nicht organischen und auf schweren Nervenleiden beruhenden chronischen Obstipationen sind nach seiner Meinung meist durch Darmmuskelatonie bedingt. (Das wird kaum allgemein akzeptiert werden. Ref.) Während der ersten Monate und Jahre dieses Leidens erklären manche Patienten, daß sie sich, abgesehen von der Trägheit der Gedärme, vollkommen wohl fühlen. Ihre Arbeitsfähigkeit und Ausdauer scheint nicht beeinträchtigt zu sein. Die Statistik des Vfs., welche nahezu 200 Fälle umfaßt, die in den vergangenen $2^1/_2$ Jahren bei ihm in Behandlung waren, führte ihn zu der Annahme, daß etwa 80% aller Chronisch-obstipierten an Atonie der Darmmuskulatur leiden. Tatsache ist es, daß in der Regel das Ausdehnen des Darmes durch die Fäzes Peristaltik verursacht, und so kam Vf. auf den Gedanken, Rektaltampons einzuführen. Ihre therapeutische Wirkung bei chronischer Obstipation infolge von Atonie der Darmmuskulatur ist geradezu spezifisch. In einer großen Zahl der Fälle können alle Klistiere und Abführmittel bei Seite gelassen werden und es tritt wieder normaler Stuhl ein. Die Einführung eines Rektaltampons hat keine Schwierigkeiten und kleine oder keine Unannehmlichkeiten für den Patienten. Für die Tampons benützt Vf. Baumwolle oder Schafwolle. Der Tampon soll groß genug sein, um den Darm etwas auszudehnen. Gewöhnlich macht er ihn lang und dünn, so daß man ihn zusammenrollen und dadurch die gewünschte Ausdehnung erhalten kann. Er kann, mit Vaseline bestrichen, durch ein gewöhnliches Rektoskop eingeführt und mittels einer langen Zange an den richtigen Ort gebracht werden. Die besten Resultate erreicht man, wenn man ihn möglichst hoch über den Rektalsphinkter schiebt, bis gegen den Beginn des Signum roma-

Digitized by Google

num. Jeder Tampon wird mit einer Schnur versehen, um seine Entfernung zu erleichtern. Die Größe des Tampons und die Länge der Zeit, während welcher er liegen soll, hängen von dem Grad der Atonie im einzelnen Falle ab. 2—6 Stunden genügen gewöhnlich. Legt man den Tampon nachmittags zwischen 2—3 Uhr ein und entfernt ihn abends zwischen 7—8 Uhr, so folgt meistens am folgenden Morgen eine Entleerung. Gelegentlich geschieht dies auch bei Entfernung des Tampons. Die Wirksamkeit der Behandlung zeigt sich bald durch die Tatsache, daß beinahe jedesmal auch noch am zweiten Morgen eine Entleerung stattfindet. Die Entleerungen sind gewöhnlich zuerst noch ungenügend. Meistens tamponiert Vf. jeden zweiten Tag, und wenn die Wirkung gut ist, in längeren Zwischenräumen.

Veronal.

Mohilla hat am evangelischen Diakonissenhaus in Wien das Veronal in chirurgischen Fällen, besonders aber auch nach gynökologischen Operationen angewandt, in welchen teils infolge der mit der Operation verbundenen Aufregung, teils infolge der nach der Narkose eingetretenen Reaktion Schlaflosigkeit eintrat. In diesen Fällen erzielte Vf. mit einer einmaligen Gabe von 0·5 g stets einen vollen Erfolg, indem nach kurzer Zeit im Durchschnitte nach einer halben Stunde lang anhaltender Schlaf eintrat. In jenen Fällen, in denen heftige Schmerzen die Ursache der Agrypnie waren, wurde die innerliche Medikation des Veronals mit kleinen, subkutanen Morphiumdosen (0·01) kombiniert; diese Kombination hat sich in ihrer schlafbringenden und schmerzstillenden Wirkung gut bewährt. In schweren, langandauernden Krankheiten, chirurgischen wie internen, hat das Veronal oft viele Wochen hindurch mit gleichem Erfolg Anwendung gefunden, ohne je zu unangenehmen Nebenwirkungen zu führen. Zur Verwendung kam das Mittel teils in Pulverform, teils in Form der Originaltabletten à 0·5 g. Das Pulver wird am besten in heißem Tee gereicht, in dem sich das Veronal leicht löst. Auch die Tabletten kann man in Tee gelöst den Patienten verabreichen. — (Aerztl. Zentral-Ztg., Nr. 40, 1905.)

Therapie der Rhinitis.

Estoral ist der Borsäure-Mentholester und bildet ein weißes, geschmackloses, kristallinisches Pulver, welches schwach nach Menthol riecht und in trockenem Zustande beständig ist, während es sich in Lösung und in Berührung mit den Schleimhäuten ziemlich rasch in seine Komponenten spaltet, welche in statu nascendi auf die Applikationsstelle wirken. Das Mittel ist ungiftig und ungefährlich. O. Seifert (Würzburg) hat sich seiner in einer Anzahl von akuten und chronischen Nasenkatarrhen bedient und gefunden, daß bei den leichten Formen akuter Rhinitis Estoral bei 2—3maliger Anwendung pro die eine auffallende Erleichterung der Beschwerden bedingt; in einzelnen Fällen scheine es sogar eine kupierende Wirkung zu entfalten. Bei schwerer akuter Rhinitis und bei Ozäna wirkt das Mittel nicht. Sehr günstig ist dagegen seine Wirkung bei der Rhinitis sicca, bei der Rhinitis atrophica simplex; hier wirkt es reizmildernd und sekretionanregend. — (Heilm.-Rev., Nr. 2, 1906.)

Für subkutane Chinininjektionen empfiehlt Spire folgende Formel:

Rp. Chinin. hydrochlor. neutr.	1·0
Antipyrini	0·5
Aq. dest. sterilis.	6·0

Der Antipyrinzusatz hat den Zweck, die Schmerzhaftigkeit der Injektion herabzusetzen. Man verteile die Dosis von 1 cm³ an sechs verschiedene Stellen, und zwar in das subkutane Zellgewebe der beiderseitigen Glutäalgegend. Nach der Injektion massiere man, bis das durch die Lösung gebildete Infiltrat vollständig verschwunden ist. Bei solchem Vorgehen wurde bei Hunderten von Injektionen niemals Abszeßbildung beobachtet, auch nicht in Fällen, wo es sich um anämische Individuen handelte. Man kann daher auch nicht von einer Schädlichkeit der Injektionen des neutralen salzsauren Chinins sprechen. — (Aerztl. Rdsch., 1906.)

Digitized by Google

Ueber Clavin sprach Labhardt in der medizinischen Gesellschaft in Basel. Das Präparat wurde von Vahlen entdeckt und soll das auf den Uterus wirkende Prinzip aus dem Mutterkorn darstellen. Die Versuche am Basler Frauenspital ergaben, daß es eine deutlich wehenverstärkende Wirkung in allen drei Geburtsperioden besitzt. Die Anwendung geschieht subkutan in der Dose von 0·02 g. — (Korr.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 4, 1906.)

Moß berichtet über die hämostatische und kardiotonische **Wirkung der Amylnitritinhalationen** bei internen Blutungen. Zwei schwere Fälle hat er damit gerettet. — (La sem. méd., Nr. 42, 1905.)

4. Rezeptformeln.

Pertussis.

Rp. Dionin 0·01—0·05*)
Kreosotal. 30
Ol. Amygd. dulc. 10·0
Gi. arab. pulv. 5·0
Aq. dest. 100·0
Syr. simpl. 30·0
Ol. Menth. pip. gtt. III
M. f. lege artis emulsio.
D. S. Mehrmals täglich ein Kaffeelöffel voll. — (Schmidt.)

Gastralgie, Angina pectoris.

Rp. Codein. phosphor. 0·5
Aq. dest. 10·0
Acid. carbol. lig. 0·01
M. D. S. 1—2 Spritzen zur subkutanen Injektion. — (Ortner.)

Chlorose mit Dyspepsie.

Rp. Ferropyrin (Knoll) 0·6
Acid. mur. dil. gtt. V
Pepsin. german. solub. 5·0
Aq. dest. ad 200·0
M. D. S. Nach jeder Mahlzeit ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Cubasch.)

Ulcus corneae simplex.

Rp. Dionin. 0·5—0·6
Aq. dest. 10·0
M. D. S. Dreimal täglich mehrere Tropfen ins Auge zu träufeln.

*) Je nach dem Alter der Kinder.

5. Varia.

Ueber die therapeutischen Versuche bei Genickstarre berichtet Bruno Spill in seiner Arbeit: Ueber die Meningitis cerebrospinalis nach 60, im Knappschaftslazarett zu Zabrze während der Epidemie 1904/05 beobachteten Fällen.

Unser therapeutisches Rüstzeug ist gegenüber der Zerebrospinalmeningitis ziemlich machtlos. Eine sorgfältige Krankenpflege ist vor allem notwendig, da die Kranken teilweise unbesinnlich sind und jede Nahrung eingeflößt werden muß. Zur Hebung des Ernährungszustandes sind Wassereinläufe und Nährklistiere unentbehrlich. Bei der medikamentösen Behandlung versuchte man ableitend, resorbierend oder desinfizierend zu wirken, ohne daß nach den bisherigen Erfahrungen ein sichtlicher Erfolg konstatiert werden konnte. Natrium salicylicum, Jodkalium oder Jodnatrium wurde in kleinerer oder größerer Dosis dauernd verabreicht, Pilokarpin sollte durch seine schweißtreibende Wirkung eventuell beitragen zur schnelleren Resorption eines bestehenden Hydrocephalus internus. Auch das milchsaure Urotropin war wirkungslos. Symptomatisch sind in einzelnen Fällen geringe Morphiumdosen, Chloralhydrat nicht zu entbehren, ebenso wurden die bestehenden heftigen Kopfschmerzen bisweilen etwas gemildert durch Gaben von Phenazetin, Aspirin oder Pyramidon. In den Fällen des Vfs. wurden täglich heiße Bäder von 5—10 Minuten Dauer mit nachfolgender kalter Abreibung angewandt. Meistenteils wurde dadurch für kürzere Zeit Besserung des Allgemeinbefindens erzielt, auf den weiteren Krankheitsverlauf blieben sie aber ohne Einfluß.

Ein besonderes Interesse nimmt die Lumbalpunktion bei der Behandlung der Genickstarre für sich in Anspruch. Erst durch dieselbe wird es in manchen Fällen möglich, die Diagnose auf Genickstarre zu stellen, wenn auch ein negativer Kokkenbefund in der Zerebrospinalflüssigkeit die Zerebrospinalmeningitis nicht ohne weiteres ausschließen läßt. Die Lumbalpunktion wirkte in allen Fällen symptomatisch er-

Digitized by Google

leichternd, indem die Kopfschmerzen nachließen, das Bewußtsein in den ganz akuten Fällen klarer wurde. Wenn auch mit der Spinalflüssigkeit eine Anzahl Bakterien und von ihnen herrührende toxische Produkte aus dem Körper entfernt wurden, lebensrettend wirkte sie nie. Auch ist es nicht gelungen, durch wiederholte Punktionen die Entwicklung des Hydrocephalus internus aufzuhalten. Immerhin hält Vf. die Forderung für berechtigt, in jedem Falle, auch bei bloßem Verdacht auf Genickstarre, die Lumbalpunktion vorzunehmen. Vielleicht ließe sich mehr erreichen durch Einlegen einer Dauerkanüle in den Rückenmarkskanal, wie es v. Drigalski empfiehlt; ebenso verdient der Vorschlag Kümmels Beachtung, der bei einer eitrigen Meningitis nach Basisfraktur mit gutem Erfolg trepanierte, nach Inzision der Dura den Subarachnoidealraum dauernd drainierte. Entsprechend dem Vorschlage Westenhöffers wurde im Königshütter Knappschaftslazarett in zwei Fällen, deren Prognose pessima war, eine Inzision der Membrana obturatoria posterior mit folgender Dauerdrainage ausgeführt, ohne daß dadurch der Krankheitsverlauf eine Wendung zum Besseren nahm. Franca berichtet über Erfolge, die er durch Injektion antiseptischer Lösungen in den Rückenmarkskanal erzielt hat. Er benutzte dazu 1%ige Lysollösung, von der 12—18 cm³ bei Erwachsenen, 3—9 cm³ bei Kindern injiziert wurden. Durch Injektion einer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum 1:4000 sah er keinen Erfolg. Die Injektion ist sehr schmerzhaft; die drei Fälle, bei denen Vf. eine Injektion vornahm, kamen in kurzer Zeit ad exitum. Durchspülung des Wirbelkanals mit steriler Kochsalzlösung ist verschiedentlich ohne nachhaltige Wirkung versucht worden. Bisher gibt es keine Heilmethode, die bei der Genickstarre als spezifisch wirksam befunden wäre. — (Diss., Breslau 1905.)

Urata berichtet in einer Arbeit aus der Universitäts-Augenklinik und der hygienischen Abteilung des Instituts für Hygiene und experimentelle Therapie in Marburg (Diss. Marburg 1905): **experimentelle Untersuchungen über den Wert des sogenannten Credéschen Tropfens** über ein empfehlenswertes Verfahren zur Vermeidung des Auftretens eines infektiösen Bindehautkatarrhs, insbesondere auch der Gonokokken-Konjunktivitis der Neugeborenen: Gleich nach der Geburt wird die Haut der Lider und die Umgebung des Auges mit abgekochtem, lauwarmem Wasser oder mit lauwarmem 2%igen Borwasser oder mit einem die Haut nicht angreifenden schwachen Desinfizienz, z. B. einer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000, unter gleichzeitiger reichlicher Irrigation mit einer der genannten Flüssigkeiten gereinigt. Zur mechanischen Reinigung dürfte zweckmäßigerweise Watte oder ein reines und feines Leinwandläppchen genommen werden. Nachdem diese Reinigung in sorgfältigster Weise vorgenommen wurde, träufelt man nach Reinigung der Hände 1—2 Tropfen einer frischen 1%igen Argentum nitricum-Lösung ein und verteilt durch mehrmaliges vorsichtiges Auseinanderziehen der Lidränder die Flüssigkeit im Bindehautsack. Zweckmäßig ist es, bei der Einträufelung der Tropfen sich einer Hilfskraft zu bedienen. Man wird dann selbst die Lider auseinander ziehen und durch die Assistenz die Tropfen einträufeln lassen.

Hirtz empfiehlt die subkutane Einverleibung von **ameisensaurem Chinin** (Soc. méd. d. hôp., Jänner 1906) bei Leuten, die gegen die interne Verabreichung von Chinin intolerant sind. Man injiziert 0·2 g ameisensaures Chinin in 2 cm³ Wasser. Lokale Reaktion tritt dabei nicht ein. (Das Mittel löst sich bei 35° in der achtfachen Wassermenge.)

Der Wert des Malzkaffees bei der Massenverpflegung wurde nach C. Koljago durch regelmäßige Darreichung an Stelle von Tee in einer russischen Infanteriedivision festgestellt. Es zeigte sich, daß der Malzkaffee nicht nur den Durst löscht, sondern auch zur Verbesserung der Gesamternährung beiträgt. — (Pharm. Ztg., Nr. 31, 1906.)

Digitized by Google

Bücher-Anzeigen.*)

Polarchemiatrie. Ein Beitrag zur Einigung alter und neuer Heilkunst von Dr. Ferdinand Maack, Hamburg. Leipzig 1905. Verlag von Max Altmann.

Das vorliegende Büchlein ist zwar vorzüglich für den Arzt bestimmt, trägt aber auch dem gebildeten Laien Rechnung und dies umsomehr, da Vf. die Entwicklung und Geschichte der Medizin, in der er vortrefflich zuhause ist, in gewißen Hauptmomenten als Ausgangspunkt seiner Darlegungen nimmt.

Unter Polarchemiatrie und ihrer Anwendung in der Heilkunde versteht er eine Pharmakotherapie, welche methodisch-chemische Gegensätze als solche von außen in den Körper einführt. Wenn heute vielfach therapeutisch in diesem Sinne verfahren wird, so geschieht dies nach dem Vf. in durchaus empirischer Weise, ohne daß das eigentlich wirkende polare Urprinzip genauer erfaßt würde.

Interessant sind die Ausführungen über die elektro-chemische Spannungsreihe der Elemente als Quelle der polarchemiatrischen materia medica.

Die von dem Vf. ausgesprochene Ansicht, daß die physiologische und therapeutische Bedeutung des Wassers davon herrührt, daß es aus den am meisten elektropolar gespannten Elementen zusammengesetzt ist, erscheint mir, so beachtenswert der Grundgedanke ist, doch vielleicht allzu kühn.

Im weiteren Verfolge wird das Wesen der polarchemiatrischen Behandlungsmethode näher definiert und an einzelnen Beispielen erläutert. Daran schließt sich eine mehr philosophisch spekulative jedoch recht anregende Betrachtung, über die Zusammensetzung des menschlichen Körpers aus elektronegativen, elektro-positiven und zwischen diesen beiden Gruppen liegenden Elementen.

Sehr gut fügt sich in das Ganze eine Beobachtung ein, welche als solche schon länger bekannt ist; das pharmako-dynamische Verhältnis des Schwefels zum Eisen, welch' Ersterer ein Präagens für das Letztere bildet. Es würde zu weit führen im Einzelnen alle Ausführungen Vfs. genauer anzuführen. Ich hebe nochmals hervor, daß die liebevolle Beschäftigung mit der klassischen und besonders der mittelalterlichen Heilkunst und Alchemie dem Verfasser wertvolle Analogien ermöglicht hat, deren Lektüre für den Leser in jedem Falle außerordentlich anregend ist.

Dr. Ernst Heilner, München.

Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung. Von Dr. Alfred Wolff-Eisner. München 1906. J. F. Lehmanns Verlag.

Seitdem durch Dunbars Untersuchungen das Dunkel der Heufieberlehre der experimentellen Forschung zugänglich gemacht wurde, ist eine ziemlich reiche Literatur über die rätselhafte Krankheit entstanden. Doch entbehren die diesbezüglichen Publikationen großenteils der genügend zahlreichen klinischen Erfahrung. Dieser Mangel wird nun durch W's. Buch ersetzt, welcher auf Grund von zirka 100 Fällen eigener Beobachtungen der Berliner Poliklinik eine moderne monographische Bearbeitung des Themas liefert. W. ist unbedingter Anhänger der Pollentheorie und verwirft alle übrigen sonst aufgestellten ätiologischen Momente. Namentlich ist die differentialdiagnostische Untersuchung W's. geeignet, seine Ansicht hier auch wesentlich zu stützen. Ebenso ist er auch Anhänger des Pollantins und des Graminols, wenn er auch strikte daran festhält, daß ersteres kein antitoxisches, sondern ein lytisches Serum sei. Die theoretische Hilfskonstruktion, um danach die spezifische Wirkung auf den Kranken zu erklären, scheint Ref. doch noch etwas der Klarheit zu bedürfen. Doch soll dieser Vorwurf dem Werte der Arbeit W's. nicht Abbruch tun, welche sich durch die scharfe Beobachtung sowie durch eine große Zahl praktischer, diagnostischer und therapeutischer Winke, endlich durch die gründliche Revision der bislang über die Ursache und Therapie verbreiteten mehr oder weniger mystischen Ansichten ein bleibendes Verdienst erworben hat. Namentlich in gegenwärtiger Jahreszeit, wo ja die Leidenszeit der Heufieberkranken wieder beginnt, ist das Buch den praktischen Aerzten bestens zu empfehlen. E. Schwarz.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Die Technik der Extensionsverbände bei der Behandlung der Frakturen und Luxationen der Extremitäten. Von Bardenheuer und Graeßner. Zweite, vollständig umgearbeite Auflage. Mit 2 Tafeln und 61 Abbildungen im Text. Stuttgart 1905. Verlag von Ferdinand Enke. 120 Seiten und 2 Tafeln. Gr.-8°.

Bardenheuers „Leitfaden der Behandlung von Frakturen und Luxationen der Extremitäten u. s. w." erscheint hier in zweiter, gekürzter Auflage.

Wer jetzt lege artis Frakturen und Luxationen der Extremitäten behandeln und heilen will, der muß die von den Amerikanern Gurdon Buck und Chrosby erfundenen, von Volkmann in Deutschland eingeführten und von Bardenheuer in den letzten 20 Jahren weiter ausgebildeten und verbesserten Methoden der Behandlung von Frakturen und Luxationen mittels Feder- und Gewichtsextension kennen und anwenden. Denn nur auf diese Weise werden die denkbar besten Heilergebnisse erzielt. Das Buch sollte deshalb in keiner ärztlichen Bücherei und der Inhalt des Buches in keinem ärztlichen Kopfe fehlen. Es ist daher ein besonderes Verdienst der Verfasser und des Verlags, den Bardenheuerschen Leitfaden dadurch, daß sie ihn nur auf die Therapie beschränkten, in gekürzter Form herausgebracht zu haben, so daß ihn jeder Arzt sich anschaffen und seinen Inhalt als ein κτῆμα εἰς ἀεὶ sich zu eigen machen kann. Gute Abbildungen unterstützen das Verständnis des Inhalts. Klar.

Handbuch der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Hofrat Prof. Dr. F. Mračeк. XVI. Abteilung. Verlag Alfred Hölder. Wien 1905.

Mit der Bearbeitung der kutanen Syphiliserscheinungen ist der Herausgeber der Enzyklopädie zum erstenmale in die Reihe der aktiven Mitarbeiter getreten. In leider allzu knapper Fassung sehen wir hier eine Auslese all jener kutanen Manifestationen getroffen, welche zu den typischen Läsionsarten der allgemeinen Decke, des subkutanen Zellgewebes und der dermalen Adnexe zählen, wobei aber die Absicht: in einem Handbuche der Dermatologie den Formenkreis der Syphilis nur kursorisch zu berühren, nur allzudeutlich zum Ausdruck kommt. Einigermaßen aussöhnend mit dieser ökonomischen Gebarung wirkt, daß der hervorragende Syphilidologe zu allen gestreiften Fragen von Belang und tieferer Bedeutung aus den reichen Anlagen seiner vielseitigen Erfahrung richtunggebende Daten, ergänzende Statistiken und klinische Illustrationen beizubringen weiß. Daß bei einer ähnlichen Abfassung für die Erörterung der feineren Gewebsverhältnisse, für die Besprechung der gerade in neuerer Zeit reichlicher erflossenen pathogenetischen Untersuchungen kein Raum bleiben konnte, ist zwar begreiflich, aber deshalb nicht minder bedauerlich.

v. Winiwarter bringt in einer fleißigen Studie das klinische Bild und Gewebssubstrat des Hautkrebses in seinen variablen Formen klar zur Anschauung. Symptome, Verlauf und Therapie werden hiebei ebenso sorgfältig berücksichtigt, als die mehr wissenschaftliches Interesse darbietenden Verhältnisse der Entwicklung, des Wachstums und des Baues. Die Zugehörigkeit des Ulcus rodens und der Paget'schen Krankheit wird durch die Schilderung der den Prozessen entsprechenden Phänomene und ihrer Uebergänge neuerdings dokumentiert. Unnas beispiellose Arbeitsleistung auch auf diesem Gebiete des dermatologischen Forschungsfeldes läßt v. Winiwarter in achtunggebietender Objektivität an allen Stellen leuchtend in den Vordergrund treten, indem er nicht nur Unnas Einteilungssystem ausführlichst erörtert, sondern auch in der Schilderung der histologischen Einzelheiten getreu den von Unna vorgezeichneten Weg festhält. Mit einer sehr lehrreichen Uebersicht der Prädilektionsstellen des Epithelioms und der Häufigkeit seines Auftretens schließt der Abriß, dem sich noch ein kurzer Entwurf der zuerst von Kaposi umgrenzten Krankheitsform des idiopathischen multiplen Pigmentsarkoms aus der Feder Spieglers angliedert. Gründlichste Durchforschung aller exanthematischen Tumorarten, welche in das Gebiet der sogenannten Sarkomatosis cutis gehören, hat es dem Vf. leicht gemacht, an der Hand der Eigenerfahrung ein treffendes Bild der angeführten Varietät zu entwerfen. N.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Zur Wirkung der Seeluft auf den Stoffwechsel.

Von Dr. **Ide**, Nordsee-Sanatorium, Amrum.

Unter den Wirkungen des Seeklimas fallen am meisten die auf den Stoffwechsel in die Augen. Dieselben treten uns besonders deutlich in der meist bald sich einstellenden Rötung der Haut und Schleimhäute, in der schnell zunehmenden Frische und Spannkraft und in der Regel auch bald eintretenden Gewichtszunahme entgegen. Weiter müssen wir aber auch die an der See sich einstellende Heilung hartnäckiger skrofulöser Affektionen, das schnelle und oft sofort mit dem Betreten des Seeklimas zu beobachtende Verschwinden von Asthma und von manchen nervösen Affektionen offenbar auch auf eine spezifische Stoffwechselbeeinflussung zurückführen.

Eine gewisse experimentelle Unterlage für die alte ärztliche Erfahrung, daß das Seeklima allein schon imstande, den Stoffwechsel zu erhöhen, haben uns neuerdings die von A. Loewy und F. Müller[1]) in Westerland auf Sylt angestellten Versuche geliefert. Dieselben ergaben bei Herrn Prof. Loewy eine Zunahme der O-Aufnahme um 12%, welche drei Tage anhielt, bei Herrn Dr. Müller eine solche um $7^1/_2$%, welche jedoch die ganze Kurzeit hindurch andauerte, während bei der Frau Dr. Müller eine vermehrte O-Aufnahme gegenüber Berlin sich nicht feststellen ließ. Trotzdem war jedoch der günstige Einfluß der Seeluft auch bei der letzteren unverkennbar, „ihre bis dahin vorhandenen chlorotischen Beschwerden gingen progredient zurück, der Appetit nahm zu und das subjektive Befinden besserte sich".

Schon aus letzterem Befunde geht hervor, daß die obigen Versuche den Kern der Frage der Stoffwechselbeeinflussung durch die Seeluft nicht ganz treffen. Bei der in jenen Versuchen gefundenen vermehrten O-Aufnahme handelte es sich um eine quantitative Stoffwechselerhöhung, reflektorisch erzeugt durch den vermehrten O-Bedarf des Organismus. Weiteres hierüber siehe später. Wie ich jedoch bereits an anderer Stelle hervorgehoben,[2]) beruht die eigentliche Seeluftwirkung nicht so sehr in der quantitativ als in der qualitativ vermehrten Intraorganoxydation, und haben wir auf letztere offenbar auch die günstige Wirkung der Seeluft bei der Frau Dr. Müller zurückzuführen. Leider haben sich die Versuche von Loewy und Müller nicht auf diese Frage erstreckt, und wäre es sehr dankenswert, wenn dies bald nachgeholt würde. Aus älterer Zeit liegen hierüber jedoch bereits die Untersuchungen von Beneke[3]) vor. Dieselben ergeben, daß — während unter anderen Stoffwechselerhöhungsmitteln, z. B. unter Wasserprozeduren, die Harnstoff- und Harnsäure-Ausscheidung in ungefähr gleicher Weise steigt — unter der Einwirkung der Seeluft der Harnstoff, das höher oxydierte Stoffwechselprodukt, zunimmt, bei gleichzeitiger Abnahme des minder oxydierten, der Harnsäure. Diese Versuche als nicht in einwandfreier Weise angestellt und darum als nicht stichhältig bei Seite zu schieben, scheint mir besonders deshalb nicht angängig, als auch Beneke nach stärkeren physikalischen Einflüssen, z. B. nach einem kalten Seebade, auch im Seeklima eine gleichzeitige Vermehrung des Harnstoffes und der Harnsäure fand. Aber auch wenn man diese Versuche nicht gelten lassen will, so weist auf diese Annahme einer qualitativ vermehrten Intraorganoxydation in der Seeluft doch auch die Beobachtung hin, daß viele Wirkungen derselben die gleichen sind, wie wir sie sonst nur unter dem Einfluß einer O-reichen Atmosphäre auftreten sehen. Bekannt sind die Wirkungen der letzteren auf das Asthma und

Digitized by Google

auf zyanotische Zustände verschiedenster Art. A. Loewy[4]) selbst gibt ferner schon früher an, daß die Atmung einer O-reichen Atmosphäre schon auf Gesunde gewissermaßen beruhigend wirke, „der Puls verlangsamt sich, die Atemfrequenz wird geringer, die willkürliche Muskulatur scheint mehr erschlafft zu sein". Aehnliche Beobachtungen machte Michaelis.[5]) Wir kennen ferner die Versuche von Rosenthal, Leube, Osterwald, Ragovin u. a., in denen Krämpfe, wie sie durch Strychnin, Thebain oder Koffein bei Tieren erzeugt wurden, nicht auftraten oder schnell wieder beseitigt wurden, wenn dieselben reinen Sauerstoff einatmeten. Hieher gehören auch die Versuche von Kovács,[6]) in denen die gesteigerte osmotische Spannung des Blutes bei Zuständen, in denen das Blut mit Kohlensäure überladen ist, durch O-Inhalation zur Norm zurückgeführt wurde, und ferner die von Bouchard,[7]) in denen durch O-Inhalation die Toxizität des Harns Anämischer herabgesetzt wurde. Von großem Interesse ist hier auch die besonders auf die Arbeiten von Ehrlich sich stützende Theorie Pawlinoffs.[8]) Danach löst der äußere Reiz die Funktion der Zelle dadurch aus, daß er einen O-Verlust derselben herbeiführt. Bei Verminderung der O-Menge im Protoplasma steigt seine reduktive und sinkt seine oxydierende Wirkung. Findet durch den äußeren Reiz eine O-Entziehung des Protoplasmas bis über eine gewisse Grenze hinaus statt, so tritt Entzündung ein. Durch erhöhte O-Zufuhr wird jedoch die normale Funktion wieder hergestellt.

Durch die Beachtung dieser Wirkung einer erhöhten O-Spannung der Umgebung und der dadurch bedingten qualitativ erhöhten Intraorganoxydation werden uns eine Reihe von Seeluftwirkungen überhaupt erst recht verständlich. So das oft sofort mit dem Betreten des Seeklimas sich einstellende Aufhören quälenden Asthmas, worüber ich Ausführlicheres schon früher berichtet habe.[9]) So das besonders manche Nervöse schon bei Annäherung an die See überkommende Gefühl der Erleichterung und Beruhigung, die schnelle Erfrischung Abgearbeiteter, das oft plötzliche Verschwinden eines tic douloureux, von Neuralgien und Neurosen verschiedenster Art. So das schnelle Aufblühen von Blutarmen und Rekonvaleszenten, das Kräftigerwerden derselben trotz anfänglicher Gewichtsabnahme und das endliche Heilen langwieriger, jeder anderen Behandlung trotzender skrofulöser Geschwüre und Entzündungen.

Wie ich jedoch bereits an anderer Stelle[10]) dargetan, hören alle diese günstigen Wirkungen auf — und das ist eine weitere Bestätigung obiger Annahme — sobald die den Stoffwechsel quantitativ erhöhenden Faktoren in stärkerer Weise zur Wirkung kommen. Denn durch den mit der Vermehrung der Stoffwechselvorgänge einhergehenden vermehrten O-Bedarf wird die O-Spannung in den Geweben herabgesetzt, steht nicht mehr dieselbe O-Menge wie sonst für den einzelnen Stoffwechselvorgang zur Verfügung, und muß so die Wirkung der erhöhten O-Aufnahme hinfällig werden. Wie sehr durch eine quantitative Erhöhung des Stoffwechsels die den Geweben zur Verfügung stehende O-Menge herabgesetzt wird, zeigen uns die Versuche von Zuntz und Hagemann,[11]) in denen nach Muskelarbeit der O-Gehalt des dem rechten Herzen entnommenen Blutes wesentlich geringer war als nach Ruhe, wobei noch zu erwägen ist, daß in Wirklichkeit der O-Mangel an Ort und Stelle noch viel geringer, da dieses Blut nicht allein aus den arbeitenden Organen stammte, sondern noch mit dem der übrigen gemischt war. Auf die in solchen Fällen herabgesetzte Intraorganoxydation weist auch der nach starker Arbeit bei älteren Leuten vermindert gefundene Harnstoff (Kronecker, Zackern[12]) und die vermehrte Harnsäure (Laval, Burian[12]) hin. Befunde, die uns wieder an die Ergebnisse der oben erwähnten Beneke schen Versuche erinnern. In gleicher Weise wie klimatische Kälteeinflüsse oder Muskelanstrengungen werden natürlich auch andere den Stoffwechsel quantitativ erhöhende Faktoren, wie angestrengte geistige Tätigkeit oder Gemütserregun-

Digitized by Google

gen oder warme oder kalte Seebäder oder sonstige Wasserprozeduren, wirken. Diese letzteren Faktoren können sich in ihrer Wirkung daher leicht mit denen des Klimas summieren und verdienen dieselben im Seeklima darum in gleicher Weise wie die klimatischen der Beachtung. Dabei wird das jeweilige Maß von Reizen, welches den günstigen Einfluß der O-Wirkung des Seeklimas aufzuheben imstande ist, individuell verschieden sein, und zwar desto beschränkter, je geringer die O-Menge ist, die der Organismus zu fassen, die Zelle in der Zeiteinheit in sich aufzunehmen vermag. Personen, bei denen die Intraorganoxydation an sich schon herabgesetzt ist, und die sonst gerade von der erhöhten O-Aufnahme in der Seeluft den meisten Nutzen haben, werden daher unter der klimatischen Uebereizung am ehesten zu leiden haben. Ebenso wird dies besonders von seiten der Organe der Fall sein, welche durch irgend welche Schädigungen in ihrer Blutzirkulation und ihrem Stoffwechsel gestört sind. So ist es zu erklären, daß der Locus minoris resistentiae immer am ehesten von der klimatischen Uebereizung betroffen wird. So kann es aber auch kommen, daß z. B. bei einem anämischen Asthmatiker schon ein leichter Windstoß genügt, um seinen Asthmaanfall wieder auszulösen, während einem Robusten unter Umständen selbst ein kaltes Seebad den günstigen Einfluß der Seeluft auf sein Asthma nicht zu stören braucht.

Wenn nun so die den Stoffwechsel quantitativ erhöhenden Faktoren des Seeklimas die günstige Wirkung desselben auch sehr zu beeinträchtigen imstande sind, so läßt sich anderseits doch auch ein vorteilhafter Einfluß derselben auf den Stoffwechsel nicht verkennen. Derselbe beruht besonders in der Gewöhnung des Organismus und an der Kräftigung desselben für größere Anforderungen. Wie diese Wirkung im einzelnen zustande kommt, wissen wir nicht. Theoretisch gibt uns jedoch wieder Pawlinoff[8]) einen gewissen Anhalt, wonach schon der geringste Grad von Steigerung des O-Hungers — und eine solche wird, wie oben gezeigt, durch jeden Reiz herbeigeführt — Zellteilung und damit Stoffansatz bewirkt. Im Einklange damit steht die Vermehrung der roten Blutkörperchen, wie sie unter Luftverdünnung, im Höhenklima und unter Kaltwasserprozeduren gefunden, sowie der Eiweißansatz, wie er ebenfalls im Höhenklima und ferner unter Muskelanstrengungen nachgewiesen ist. Nach Loewy, Zuntz, Müller, Caspari[13]) führt schon ein Aufenthalt von 500 m Höhe zu einem deutlichen Eiweißansatz, der durch Muskeltätigkeit noch weiter gesteigert wird. Zuntz und Schumburg[14]) konnten ferner einen bedeutenden Eiweißansatz bei marschierenden Soldaten sogar trotz erheblicher Gewichtsabnahme feststellen. Weiter zeigen uns u. a. die Versuche von Gmelin,[15]) daß erhöhte Ausgaben von Wärme und Bewegungsenergie eine Steigerung der Stickstoffretention herbeiführen. Auf diese quantitative Vermehrung des Stoffwechsels, respektive auf die dadurch bedingte vorübergehende relativ zu geringe O-Zufuhr haben wir die an der See in der Regel sich einstellende Gewichtszunahme zurückzuführen. Ebenso wie im Höhenklima und nach Muskelanstrengungen, ist diese Zunahme eine Eiweißmast, wie auch aus dem vielfach gleichzeitig zu beobachtenden Magererwerden — besonders an dem Zuweitwerden der Kleidung erkenntlich — deutlich hervorgeht. Die zumal bei Anämischen und Skrofulösen anfangs an der See auftretende Gewichtsabnahme ist offenbar ebenso wie in den obigen Versuchen von Zuntz und Schumburg auf eine intensivere Oxydation von Fett und sonstigen bei denselben abgelagerten mangelhaft oxydierten Stoffwechselprodukten zurückzuführen. Durch diesen Eiweißansatz — auch eine Vermehrung der Blutkörperchenzahl wurde bekanntlich von Malassez und Marestang[16]) im Seeklima gefunden — haben wir jedenfalls die allmählich sich einstellende größere Leistungsfähigkeit des Organismus und damit auch die sogenannte Akklimatisation zu erklären. Durch denselben erfährt auch die O-Aufnahme eine nachhaltige Vermehrung und wird so sekundär derselbe Effekt erreicht, den, wie gezeigt, das Seeklima schon primär ausübt

Digitized by Google

Zunächst haben wir jedoch im Seeklima zwei Wirkungen auf den Stoffwechsel zu unterscheiden. Die eine erhöht denselben qualitativ, verstärkt die Intraorganoxydation, vermindert die intermediären Stoffwechselprodukte, die andere erhöht denselben quantitativ, befördert den Stoffansatz und steigert die Leistungsfähigkeit des Organismus. Letztere Wirkung können wir, wie gezeigt, auch noch durch verschiedene andere Maßnahmen erzielen, die erstere kennen wir jedoch sonst nur noch seitens der künstlich hergestellten O-reichen Atmosphäre, und haben wir daher in derselben eine spezifische Seeluftwirkung vor uns.

Als Ursache für diese Wirkung wird von Weber auch der erhöhte Sauerstoffgehalt der Seeluft (20·99 gegen 20·86%), von Beneke der höhere Ozongehalt derselben angesehen, eine Ansicht, die neuerdings von verschiedenen (van Bebber, Hiller) deshalb angefochten wird, weil die zu Gebot stehenden größeren Ozon- und Sauerstoffmengen viel zu klein seien, um eine wesentliche Wirkung ausüben zu können. Demgegenüber wird jedoch schon von Hann darauf hingewiesen, daß bei der großen Menge eingeatmeter Luft (täglich zirka 10.000 l) auch schon geringe Quantitäten beigemischter Bestandteile von Bedeutung sein könnten. Außerdem kommen auch A. Loewy und Zuntz auf Grund ihrer neuesten Höhenluftstudien[13]) zu der Ansicht, daß die weitverbreitete Meinung von dem großen Sauerstoffüberschuß, der unseren Körpergeweben mit dem Blute zugeführt wird, doch nicht ganz zutreffend ist. Denn wie die schon erwähnten Versuche von Zuntz und Hagemann[11]) zeigen, kann z. B. durch Arbeit in einzelnen Gefäßgebieten die Sauerstoffspannung sehr herabgesetzt sein, und dürfte dann auch schon eine geringe Erhöhung derselben von Bedeutung sein.

Wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, kommt diese Wirkung jedenfalls allem Anscheine nach der Seeluft an sich zu, und tritt dann am ausgeprägtesten auf, wenn alle den Stoffwechsel quantitativ erhöhenden Faktoren möglichst ausgeschlossen sind. Dies werden wir wenigstens bis zu einem gewissen Grade durch Liege- und Ruhekuren erreichen,*) und zwar je nach Widerstandsfähigkeit und Witterung entweder im Zimmer, auf offener Veranda oder an windgeschützten Stellen im Freien, und wird dieselbe bald ein-, bald mehrmals des Tages und bald kürzere, bald längere Zeit innezuhalten sein. Hiebei ist natürlich auch sonst alles zu vermeiden, was die Arbeit des Organismus quantitativ zu erhöhen imstande ist. In dieser Beziehung verdient besonders die Ernährung der Betreffenden der Berücksichtigung. Da durch die Verdauungsarbeit der Stoffwechsel bis um mehr als 30% erhöht werden kann,[13]) so werden besonders zu reichliche Mahlzeiten zu vermeiden sein, ein Gesichtspunkt, auf dessen Bedeutung für die Behandlung der Gicht neuerdings auch von v. Noorden und Schliep[17]) und für die des Diabetes von Kolisch[18]) hingewiesen ist. Aber auch die Art der Nahrung wird nicht gleichgiltig sein. Denn nach Landois-Rosemann[19]) ist in den Kohlehydraten im allgemeinen so viel O vorhanden, daß derselbe zur Oxydation des H derselben ausreicht. Der respiratorische Quotient ist daher bei reiner Kohlehydratverbrennung in der Regel = 1, während derselbe bei reiner Eiweißverbrennung nur 0·28, bei Fettverbrennung nur 0·21 beträgt. In vielen Fällen wird deshalb eine überwiegende vegetabile oder laktovegetabile Diät der animalischen vorzuziehen sein. — Ein in gleichem Sinne wirkendes Unterstützungsmittel der Seeluftkur dürfte ferner das indifferente Süßwasserbad sein. Allgemein

*) Ganz werden wir dabei allerdings, wie die Versuche von Loewy und Müller[1]) zeigen, die quantitative Stoffwechselerhöhung auch nicht ausschalten. Als hierauf im Vergleich zum Festland einwirkende Faktoren dürften besonders die durch stärkere Feuchtigkeit und Bewegung der Seeluft (auch im Zimmer) vorhandene stärkere Wärmeleitung und Wärmeströmung in Betracht kommen. Besonders ist die Stoffwechsel erhöhende Wirkung starker Winde auch bettlägerigen Patienten gegenüber unverkennbar. Entsprechend dieser Annahme ging denn auch bei Loewy und Müller bei Eintritt milderer Witterung und von Landwind die Stoffwechselerhöhung zurück.

Digitized by Google

bekannt ist ja die auffallend beruhigende Wirkung desselben bei nervösen Leiden mancherlei Art. Aber auch die sonstigen Erfolge, wie sie von Grosse[20]) kürzlich in der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie zusammengestellt sind, so bei gichtischen Ablagerungen, bei chronischem Rheumatismus, bei Apoplexien, bei serösen Exsudaten, bei hartnäckigen Geschwüren und chronischen Hautausschlägen, weisen darauf hin, daß wir in denselben ein mächtiges und ganz eigenartiges Stoffwechselanregungsmittel vor uns haben. Die Beobachtung der Seeluftwirkung legt nun die Vermutung nahe, daß der auch sonst vielfach als Ursache dafür angenommene Reizausfall im Bade dadurch wirkt, daß er die Quantität der Oxydationen herabsetzt und so eine höhere Qualität derselben ermöglicht.

Die eine Erhöhung des Stoffwechsels in quantitativer Beziehung herbeiführenden Faktoren des Seeklimas sind besonders der Wind und die sonstigen durch die kühlere Temperatur und die Feuchtigkeit der Seeluft bedingten Kältereize. Nach obigen Ausführungen dürfen dieselben, wenn sie nicht schaden sollen, nur in einer der Widerstandskraft angepaßten Weise zur Wirkung kommen. Daß eine derartige Anpassung derselben sehr wohl möglich ist, zeigen uns die Beneke schen Flaschenabkühlungsversuche,[21]) in welchen sich durch Wechsel des Aufenthaltsortes (im Zimmer, im Freien vor dem Hause oder am Strande) und der Kleidung Verschiedenheiten der Kältewirkung bis um das Zwölffache herbeiführen ließen. Aehnlich wie durch die Kälte kann an der See unter Umständen auch durch die von den hier besonders intensiven Sonnenstrahlen bewirkte Wärmewirkung stärkere Stoffwechselerhöhung erzeugt werden. Ueber die durch die Nahrung mögliche Beeinflussung der Stoffwechselhöhe ist schon oben die Rede gewesen. Welche Unterschiede die Muskelarbeit darin herbeizuführen vermag, zeigen uns die Angaben von Magnus-Levy.[22]) Danach beträgt der Tagesumsatz bei einem Manne von 70 kg bei Bettruhe zirka 2000 Kalorien, bei Zimmeraufenthalt 2230, bei leichter Arbeit 2600, bei mittlerer 3100 und bei schwerer 3500 Kalorien. Durch Beachtung aller dieser Verhältnisse hat man auch im Seeklima die Stoffwechselhöhe sehr in seiner Gewalt und wird man dieselbe durch mehr oder weniger warme Bekleidung, durch Aufenthalt im Zimmer oder im Freien, an windigen oder windgeschützten Stellen, respektive durch längere oder kürzere Spaziergänge an denselben, und durch eine geeignete Diät nach Wunsch zu beeinflussen imstande sein.

Quantitative Stoffwechselerhöhungen können wir jedoch ebenso gut wie durch das Seeklima auch durch andere Mittel herbeiführen. Für die Indikation des Seeklimas kommen diese daher auch erst in zweiter Linie in Betracht. In erster Linie gründet dieselbe sich vielmehr auf die in demselben stattfindende intensivere O-Aufnahme seitens der Gewebe, und bilden die mit herabgesetzter Intraorganoxydation einhergehenden Krankheiten die eigentliche Domäne der Seeluftkuren. Auf diese Störungen der Intraorganoxydation und die damit einhergehende Bildung intermediärer Stoffwechselprodukte hat man erst neuerdings angefangen, die Aufmerksamkeit zu richten. Wir finden solche intermediäre Stoffwechselprodukte nach Richter[23]) bei allen Zuständen von Dyspnöe sowie bei Herzkrankheiten. Von Robin, Poehl[24]) u. a. sind dieselben ferner nachgewiesen bei Anämie, bei funktionellen Neurosen, bei der Erschöpfung überhaupt, in der Rekonvaleszenz nach schweren Krankheiten, bei Tuberkulose, Rhachitis, bei harnsaurer Diathese und dem Diabetes mellitus. Auf die Bedeutung eines dieser intermediären Stoffwechselprodukte, nämlich der Harnsäure, hat neuerdings besonders Alexander Haigh[25]) hingewiesen, und glaubt er auf Grund einer großen Reihe von bezüglichen Harnanalysen derselben für die Entstehung der Migräne, des Asthmas und der Bronchitis, der Erschöpfung, der Anämie und Dyspepsie, des Diabetes mellitus, der Hysterie und Epilepsie eine besondere Rolle zuschreiben zu müssen. Die hier genannten Krankheiten sind aber dieselben, welche von jeher auch erfahrungsgemäß als die spezifischen Indikationen des Seeklimas gegolten haben, und finden wir

Digitized by Google

auch für die bereits an anderer Stelle[26]) erwähnte gelegentliche Heilung einer Epilepsie oder eines Diabetes mellitus in der an der See erhöhten Oxydation der intermediären Stoffwechselprodukte eine hinreichende Erklärung.

Wir haben somit in der Seeluft ein ganz eigenartig auf den Stoffwechsel wirkendes Mittel vor uns. Dasselbe ist aber nicht nur an sich interessant, sondern auch dadurch — worauf auch schon Beneke hinweist — daß es die Stoffwechselvorgänge überhaupt zu beleuchten imstande ist. Besonders geht zweierlei daraus hervor, nämlich erstens, daß die Intraorganoxydation doch lange nicht so unabhängig von der O-Aufnahme ist, wie man bisher annahm — eine Erkenntnis, zu der auch A. Loewy neuerdings auf Grund seiner Höhenluftstudien[13]) kommt — und zweitens, daß für die Qualität der Oxydationen die Quantität derselben nicht ohne Bedeutung ist, sondern daß wenigstens bei einer gewissen Zunahme der letzteren die erstere abnimmt.

Literatur.

[1]) A. Loewy und F. Müller: Ueber den Einfluß des Seeklimas und der Seebäder auf den Stoffwechsel des Menschen. Bonn 1894.

[2]) J. Ide: Zur Ozonwirkung der Seeluft. Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Bd. 9, 1905/1906.

[3]) F. W. Beneke: Ueber die Wirkung des Nordseebades. Göttingen 1855.

[4]) A. Loewy: Untersuchungen über die Respiration und Zirkulation bei Aenderung des Druckes und des Sauerstoffgehaltes der Luft. Berlin 1895.

[5]) M. Michaelis: Ueber Sauerstofftherapie. Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., Bd. 4, H. 2.

[6]) Josef Kovács: Experimentelle Beiträge über die Wirkung von Sauerstoffinhalationen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16, 1902.

[7]) Bouchard cit. nach A. v. Poehl: Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermintherapie. St. Petersburg 1898.

[8]) C. Pawlinoff: Der Sauerstoffmangel als Bedingung der Erkrankung und des Ablebens des Organismus. Berlin 1902.

[9]) J. Ide: Zur Wirkung des Seeklimas auf das Asthma. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51, 1904.

[10]) J. Ide: Die klimatische Ueberreizung an der See und ihre Vermeidung. Ther. Monatsh. August 1904.

[11]) Zuntz und Hagemann: Stoffwechsel des Pferdes bei Ruhe und Arbeit. Berlin 1898. p. 380—401, cit. nach [13]).

[12]) Kronecker, Jackson, Laval-Burian cit. nach Magnus-Lewy in C. von Noorden: Handbuch des Stoffwechsels. Berlin 1906. p. 390.

[13]) N. Zuntz, A. Loewy, Fr. Müller, W. Caspari: Höhenklima und Bergwanderungen in ihrer Wirkung auf den Menschen. Berlin 1906.

[14]) Zuntz und Schumburg cit. nach Richter: Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten. Berlin 1906.

[15]) Gmelin: Beeinflussung des zeitlichen Ablaufes der Stickstoffausscheidung im Harn nach einer Mahlzeit. Blätter f. Hydrother. 1898.

[16]) Malassez und Marestang cit. nach Glax: Handbuch der Balneotherapie. Stuttgart 1897. Bd. 1, p. 383.

[17]) v. Noorden und Schliep: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41, 1905.

[18]) Kolisch: Beiträge zur Diabetesdiät. Zentralbl. f. d. ges. Ther. Nr. 3, 1905.

[19]) Landois-Rosemann: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1905. p. 231.

[20]) Fr. Grosse: Das Dauerbad. Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Okt. 1905.

[21]) F. W. Beneke: Zum Verständnis der Wirkungen der Seeluft und des Seebades. Kassel 1873.

[22]) Magnus-Lewy l. c. p. 291.

[23]) Richter l. c.

[24]) A. v. Poehl l. c.

[25]) Alexander Haigh: Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. Uebersetzt von Birchler-Benner. Berlin 1902.

[26]) J. Ide: Zur Kasuistik der Seeluftkuren. Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., Bd. 8, 1904/1905.

Digitized by Google

REFERATE.

Innere Medizin.

Arteriosklerose.

1. **Einige Beiträge zu den klinischen Erscheinungsformen der abdominalen Arteriosklerose.** Von J. Rosengart. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber Vorkommen und Aetiologie der Arteriosklerose.** Von Hans Ratzeburg. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Zur Statistik der Arteriosklerose.** Von Alfons Remlinger. (Aus der med. Poliklinik in Marburg.) Ref. Fritz Loeb, München.

1. Rosengart hat eine Reihe von Fällen beobachtet, die charakterisiert sind durch die Klagen der Kranken über quälende Blähungen, schmerzhafte Auftreibung im Leibe, besonders im r. Hypochondrium, zeitweise Koliken und Aufstoßen. Die Patienten sind leicht erregbar; der Schlaf ist mangelhaft und nicht anhaltend. Manchmal wird der Zustand in der Nacht etwas gebessert, wenn die Patienten sich aufsetzen und etwas essen. Der Appetit ist gut, der Stuhl meist angehalten. Die Prüfung der Magenfunktion ergibt dabei gewöhnlich normale Verhältnisse, eventuell etwas Hyperazidität. Erst allmählich zeigt eine konstant erhöhte Pulsfrequenz, eine Verbreiterung der Herzdämpfung, ein hörbar werdendes systolisches Geräusch, manchmal zugleich mit Akzentuierung des zweiten Aortentons, eine höhere arterielle Spannung und Erhöhung des Blutdruckes den Zusammenhang der Erscheinungen an. Wiederholt hat Rosengart dabei eine Proktitis mit starker Sekretion, Ekzema ani und Hämorrhoiden beobachtet, Albuminurie dagegen nur ausnahmsweise. Manchmal bleibt das Krankheitsbild jahrelang unklar, bis der erste, oft nur ganz kurze Anfall von Stenokardie es beleuchtet. Bis dahin werden die Fälle oft als nervöse Dyspepsie oder als Hyperazidität behandelt, zumal viele Patienten, oft überarbeitete Männer, den Eindruck von Neurasthenikern machen. Bei genauer Untersuchung kann man oft schon früh die sichere Diagnose stellen. Bald werden wir schon frühzeitig eine leichte Herzinsuffizienz finden, mit großer Pulsdifferenz im Stehen und Liegen, oder nach geringer Körperbewegung, bald liegt Schwindel, Kopfschmerz, Gedächtnisschwäche, Intoleranz gegen Alkohol bei früher sehr trinkfesten Individuen, andauerndes Ohrensausen ohne Ohrbefund, als Zeichen der Arteriosklerose vor.

Von solchen Fällen einfacher Arteriosklerose unterscheiden sich andere von Rosengart beobachtete durch das Zustandekommen schwerster Koliken, bei denen die Patienten glauben, die Därme würden zusammengewunden, durch das gelegentlich, besonders in der Nacht, auftretende Erbrechen, dem auch Blut beigemengt sein kann, eventuell durch blutige Stühle und Darmblutung. In solchen Fällen handelt es sich um den zeitweisen Verschluß kleinerer Arteriengebiete durch Thrombose. Die Differentialdiagnose derartiger Fälle gegenüber anderen Koliken, Intussuszeption etc. ist überhaupt nur möglich, wenn uns die Arteriosklerose beim Patienten durch Symptome von Seiten anderer Organe bereits bekannt ist. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 20, 1906.)

2. Die Arteriosklerose kommt nach dem Ergebnis der Untersuchungen Ratzeburgs bei Männern jenseits des 30. Lebensjahres zu 33·5%, bei Frauen jenseits des 30. Lebensjahres zu 19·4% vor. Bei Frauen ist sie seltener als bei Männern. Die Früharteriosklerose tritt bei Männern mehr als dreimal so häufig auf als bei Frauen. Die senile Arteriosklerose der Frauen ist recht häufig anzutreffen. Sie bevorzugt die Dezennien von 71 bis 90. Unter den ätiologischen Momenten spielt in erster Linie die körperliche Ueberanstrengung, vor allem bei gleichzeitig schlechter Ernährung und psychischen Alterationen eine wesentliche Rolle. Arteriosklerose ist deshalb bei arbeitenden Schichten der Bevölkerung

Digitized by Google

häufiger anzutreffen als bei den gutsituierten. Für die Frauen-Arteriosklerose kommen viele überstandene Partus in Betracht. Nächst mechanischen Momenten ist auch dem Einfluß toxischer Substanzen (Alkohol, Nikotin, Blei, Bakterientoxine, Lues, Kaffee, Tee) eine hervorragende Bedeutung beizumessen — vor allem bei der Entstehung der Früharteriosklerose. Als besonders wichtig sind auch thermische Einflüsse hinzustellen (Schmiede, Fabrikarbeiter, Wäscherinnen etc.). Auch die Heredität spielt eine beachtenswerte Rolle. Unter den gleichzeitig bestehenden Krankheiten sind in erster Linie Diabetes, Gicht, Nephritis und Aorteninsuffizienz zu nennen. Auffallend häufig, aber in der Natur der Sache begründet, ist die Koinzidenz von Arteriosklerose, Emphysem und Myokarditis. Die Arteriosklerose entsteht nach Ratzeburg infolge einer Schädigung der sanguinervinen Kraft der Arterien, durch mechanische, toxische, psychische und thermische Einflüsse.

Die Einteilung der Arteriosklerose erfolgt am besten in die Arteriosclerosis senilis typica (55—90), Arteriosclerosis praecox senilis (vor dem 55. Jahre) und Arteriosclerosis praecox hereditaria (besonders frühe Formen). — (Diss. Breslau, 1905.)

3. Von maßgebender Bedeutung für das Entstehen der Arteriosklerose in bestimmten Organen oder Organsystemen ist die Abnützung, welche dieselben im Laufe des Lebens erleiden. Wir sehen die stärkeren Grade der Arteriosklerose bei den Männern der schwer arbeitenden Klassen in ganz überwiegendem Maße an den besonders beanspruchten oberen Extremitäten auftreten; im Gegensatz dazu kommen bei den Weibern die höheren Grade der Sklerose vorzugsweise an den durch die Schwangerschaften besonders stark beanspruchten Unterextremitäten zur Ausbildung. Die relative Häufigkeit sklerotischer Veränderungen an den Arterien des Kopfes (Karotis und Temporalis) bei den Weibern ist möglicherweise mit der Häufigkeit stärkerer psychischer Erregungen beim weiblichen Geschlecht in Zusammenhang zu bringen. (Vielleicht spielen hier auch der Kaffeismus und der Teeismus, zwei in ihrer verderblichen Wirkung leider nicht genügend gewürdigte Faktoren, eine wichtige Rolle. Ref.) Sehr bemerkenswert ist das überaus häufige Vorkommen von Hysterie und Neurasthenie bei den Kranken vorliegender Statistik. Fast 50% der Männer, 35% der Frauen mit Arteriosklerose zeigten hysterische und neurasthenische Symptome. Eine bemerkenswerte Rolle bei der Entstehung der Arteriosklerose spielt ferner der Alkoholismus. 14·5% unter den Arteriosklerotikern Remlingers waren ausgesprochene Alkoholisten. Ueber die ätiologische Bedeutung der Syphilis läßt sich aus der Statistik Remlingers nichts ersehen. Es liegt dies daran, daß in der Marburger Gegend das Vorkommen von Syphilis außerordentlich selten ist. Gegenüber den vorstehend genannten Momenten kommen die chronischen Intoxikationen mit Blei und Tabak, sowie die Stoffwechselanomalien erst an zweiter Stelle in Betracht. — (Diss. Marburg, 1905.)

Blutdruck.

1. Tierexperimentelle Studien über Blutdruckmessungen mittels des Riva-Roccischen Sphygmomanometers. Von B. Fellner und C. Rudinger. Ref. F. Perutz, München.

2. Neue Methoden zur klinischen Blutdruckmessung und ihre Ergebnisse. Von B. Fellner. Ref. F. Perutz, München.

Versuche am Tier, bei denen der Blutdruck direkt durch Einbinden einer Kanüle in die Karotis, respektive Kruralis gemessen und mit den sphygmomanometrischen Zahlen verglichen wurde, ergaben, daß die Werte, die für den maximalen (systol) und minimalen (diastol) Blutdruck auf diese Weise gewonnen werden, relative Zahlen darstellen. Dagegen kommt die Zahl für den Pulsdruck (Differenz zwischen systolischem und diastolischem Druck) einem absolutem Werte gleich. Für den Menschen beträgt der Pulsdruck nach den vorliegenden Untersuchungen in Uebereinstimmung mit anderen Autoren zirka 30 mm.

Digitized by Google

Bei Nierenentzündung ist der Pulsdruck bereits zu einer Zeit erhöht, wo der maximale Blutdruck die Norm noch nicht überschreitet. Das Einsetzen der Digitaliswirkung zeigte sich bei inkompensiertem Herzfehler durch eine Vergrößerung des Pulsdruckes bei gleichbleibendem Maximaldruck. Um die Anwendung der wertvollen Methode auch dem Praktiker zu ermöglichen, hat Fellner eine Modifikation angegeben, die gestattet, die Manschette zur Messung des Blutdruckes mit einem Gärtnerschen oder dem Riva-Roccischen Tonometer in Verbindung zu setzen. — (S.-A. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 57, H. 1 u. 2.)

Die Ameisensäure in der Therapie.

1. **Einwirkung der Ameisensäure auf das Muskelsystem.** Von E. Clément. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Einwirkung der Ameisensäure auf den Organismus.** Von Garrigue. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Wirkung der Ameisensäure auf die mit Tremor einhergehenden Krankheiten.** Von E. Clément. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die Ameisensäure und ihre Salze.** Von Huchard (und Goy). Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ameisensäure bei Rheumatismus.** Von L. B. Couch. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ameisensaures Natron in der Augenheilkunde.** Von Jacqueau. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Ameisensäure in der Therapie.** Von Heinrich Stern. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
8. **Ueber die Wirkung der Ameisensäure und ihrer Salze auf Herz und Kreislauf.** Von Spiro Livierato. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Clément berichtet über Versuche, die dartun, daß die Ameisensäure die Muskelkraft und die Widerstandsfähigkeit gegen Ermüdung beträchtlich zu steigern imstande ist: ein Individuum, das zuerst eine Arbeit von 21 kgm geliefert hatte, leistete eine solche von 106 kgm, nachdem es drei Tage hindurch täglich zweimal 20 Tropfen Ameisensäure, mit Natrium bicarbonicum neutralisiert, in einem Glase Wasser genommen hatte (Acad. des sciences, 21. März 1904). Einer späteren Arbeit desselben Autors ist zu entnehmen, daß die nötige Dosis täglich 2—3 g reine Ameisensäure ist; da die käufliche Säure 50%ig ist, muß man davon 4—6 g nehmen. Die erhöhte Leistungsfähigkeit zeigt sich sowohl durch das subjektive Kraftgefühl als auch objektiv am Ergographen. Die Säure soll auch auf die glatte Muskulatur wirken — so soll sie die Miktion erleichtern und den Harnstrahl verstärken.

2. Garrigue stellte an Tieren und Menschen Versuche mit Darreichung von ameisensaurem Natron und Kalk an. Er probierte an sich selbst aus, daß 3 g früh und abends ohne Schaden genommen werden können. Er nahm einen Monat lang täglich 1 g. Der Appetit wuchs, die physische und geistige Arbeitskraft stieg. Bei Tuberkulösen wurde der Blutdruck höher, die Nächte besser, ebenso der Appetit. Der Stoffwechsel wurde beschleunigt: so schied ein Individuum nach Darreichung der Medikation 52 g statt 20 g Harnstoff aus. — (Acad. des scienc., 28. März 1904.)

3. Clément versuchte die Ameisensäure in verschiedenen Tremorformen, bei denen eine gewisse Muskelschwäche bestand. Er verwendete sie mit Erfolg in zwei Fällen, einer Frau von 65 Jahren, bei der der Tremor 10, und einem Mann von 72 Jahren, bei dem er bereits 18 Jahre bestanden hatte. Es handelte sich weder um senilen Tremor noch um Paralysis agitans noch um multiple Sklerose. Der Erfolg war ein sehr guter: in zwei Tagen war schon eine wesentliche Besserung vorhanden, die fortschritt, ohne daß der Tremor ganz verschwand. Nicht einmal Hyoszin wirkt so prompt. Der Erfolg erweckt gute Hoffnungen für die Behandlung der Chorea. — (Acad. des scienc., 1. Mai 1905.)

4. Der in Nr. 18—20 der Rev. franç. de Méd. et de Chir. 1905 erschienene Aufsatz gibt den Inhalt einer von Huchard am 14. März 1905 der Acad. de Méd. vorgelegten Mitteilung wieder. Ein erster Teil (von A. Goy bearbeitet) behandelt die tonisierende Wirkung der Ameisensäure auf die Muskulatur. Sie ist nach Huchard über jeden Zweifel erhaben. In einem Falle z. B. wurde nach dem ersten Tage (2 g des Formiats) 875 kgm Arbeit geliefert, nach dem

Digitized by Google

zweiten (2 g) 20·625, nach dem dritten (4 g) 20·975, nach dem vierten (4 g) 20·2 und nach dem fünften (3 g) 30·65. Huchard glaubt, daß der Ameisensäuregehalt einer Reihe von Pflanzen (Brennesseln, Tamarinden, Sapindus saponaria u. a. m.) bei ihrer therapeutischen Wirkung eine Rolle spielt.

Der zweite Teil (ebenso wie der dritte von Huchard selbst) behandelt die diuretische Wirkung der Formiate. Sowohl das Kalium- wie das Natrium- und Lithiumsalz befördern die Diurese wesentlich. Zur Verwendung kam besonders das Natronsalz. Versuche im Huchardschen Laboratorium (von Rivière) bestätigten die Angaben früherer Autoren, daß die Ameisensäure im Organismus nicht verbrennt, sondern als solche ausgeschieden wird. Sie erscheint nach 15 Minuten im Harn, und zwar ist dieser zunächst trüb und alkalisch und enthält 0·13% Ameisensäure; die Menge der letzteren nimmt rasch ab, und nach der dritten oder vierten Miktion wird der Harn wieder klar und sauer. Die Ausscheidung dauert bei Darreichung von 3 g 4—6 Tage; im Mittel findet man 62% der aufgenommenen Säure im Harn wieder. Die Steigerung der Diurese tritt bereits am ersten Tage der Medikation in Erscheinung und verschwindet 1—2 Tage nach ihrer Sistierung. In einem Falle von inkompensiertem Mitralfehler z. B. stieg die Urinmenge von 750 cm^3 nach Darreichung von 1 g Lithiumformat auf 3000 und nach Darreichung von 1·5 g auf 4000 cm^3. Nach Weglassung des Mittels sank sie rasch auf 1500 cm^3. Auch bei normaler Diurese war die Steigerung unverkennbar, in einem Falle beginnender Tuberkulose z. B. von 2500 auf 4000 cm^3. Im Harn vermindert sich gelegentlich die Albuminurie, die Harnstoffausscheidung wird vermehrt, die Azidität verringert.

Der letzte Aufsatz beschäftigt sich mit der Toxizität der Formiate. Dieselbe ist sehr gering. Ein Hund von 11 kg z. B. zeigte nach intravenöser Injektion von 11 g Natronsalz nur Schleimerbrechen; ein Kaninchen von $2^1/_2$ kg erhielt mit der Schlundsonde in 3 Minuten 10 g Natronsalz (d. h. 4 g pro Kilogramm) ohne Schädigung. Bei einem Hund von mittlerem Gewicht betrug die letale Dosis 60 g. Man verabreicht therapeutisch meist das Natronsalz drei- bis viermal täglich 1 g, seltener das Kaliumsalz in der gleichen Dosis oder das Lithionsalz zu 1—$1^1/_2$ g pro die. Die Formiate dürfen nicht in saurer Lösung gegeben werden. Man gibt stets besser die Salze als, wie Clément vorschlug, die Säure verbunden mit Bicarbonat. Huchard verordnet: Natrium formic. 10·0, Syr. Cort. Aurant. 200·0, M. D. S. Viermal täglich 1 Eßlöffel, und hat auch von monatelanger Darreichung keinen Schaden, speziell auf die Nieren, gesehen. — Was die Erklärung der muskeltonischen Wirkung der Ameisensäure anlangt, so glaubt Huchard, daß es sich um eine anästhesierende Wirkung, um eine Unterdrückung des Müdigkeitsgefühls in den Muskeln handelt.

(In einem Aufsatz im Journ. des Pratic. vom 15. April 1905 warnt Huchard bereits vor allzu großen Erwartungen bezüglich der Heilwirkung der Formiate, die sich an seine Mitteilung in der Akademie geknüpft hatten!)

5. Couch empfiehlt die Ameisensäure als vorzügliches Mittel gegen Rheumatismus jeder Art, auch akuten Gelenksrheumatismus und Arthritis deformans; er will Fälle von ersterem in 48 Stunden geheilt, Fälle von letzterer in der gleichen Zeit wesentlich gebessert haben. Man injiziert nach gründlicher Reinigung der betreffenden Stelle zunächst 5—8 Tropfen einer 1%igen Kokainlösung, dann ebensoviel einer $2^1/_2$%igen Ameisensäurelösung. Die Injektionen werden für gewöhnlich oberflächlich unter die Haut gemacht, gelegentlich auch tiefer. Mehr als 11 Tropfen der Lösung sollen nicht injiziert werden, da sonst derbe, schmerzhafte Knoten entstehen, die nur schwer resorbiert werden. Gewöhnlich injiziert man an den schmerzhaftesten Gelenken, und zwar in ihrer nächsten Nähe. Auf einmal macht man nie mehr als 30 Injektionen; am besten 12—15, und wiederholt dieselbe Menge am nächsten Tage an einer anderen Stelle. Nervenstämme vermeidet man, da sonst sehr heftige, 24 Stunden lang dauernde Schmerzen entstehen können. Man inji-

Digitized by Google

ziert täglich, bis die Schmerzen verschwunden sind. — (Medical Record, 24. Juni 1905.)

7. Jacqueau versuchte lokale Instillationen von ameisensaurem Natron bei Augenermüdung, verursacht durch akkomodative Asthenopie oder einen Konvergenzdefekt. Die 2—3%ige Lösung verursachte einen Augenblick unangenehmes Prickeln. In allen Fällen wurden vorher etwaige Refraktionsanomalien korrigiert. Meist brachte die Instillation Besserung zustande, in einzelnen Fällen sogar Heilung. Konvergenzfehler waren leichter beeinflußbar als Akkomodationsschwäche; die Ameisensäure wirkte also eher auf die motorischen Muskeln des Augapfels als auf den Ziliarmuskel. Gegen die Möglichkeit einer Suggestivwirkung spricht, daß die Besserung erst einige Zeit nach Beginn der Behandlung einsetzte. — (Lyon Méd., 17. Sept. 1905.)

6. Stern bestätigt auf Grund 16jähriger Erfahrung die gute Wirkung der Ameisensäure als Muskeltonikum und Diuretikum und spricht ihr auch gute Erfolge zu bei Gicht, Gelenksrheumatismus, Karzinom, Diphtherie u. a. m. Die günstige Wirkung bei Gicht wurde auch in der Diskussion bestätigt. — (Amer. Med., 16. Sept. 1905.)

8. Nach den Forschungen Cléments und Huchards lag es nahe, den Einfluß der Ameisensäure auf die Muskulatur des Herzens auszuprobieren. Vf. stellte zunächst Versuche am freigelegten Herzen von Kaltblütern an und konstatierte stets Störungen des Herzmuskels verschiedener Intensität, je nach Konzentration und Menge der eingeführten Säure. Die Energie der Systole nahm nach vorhergehender leichter Zunahme progressiv ab, die Herzaktion wurde langsamer, unregelmäßiger, und schließlich kam es zu diastolischem Herzstillstand. Das Natronsalz der Ameisensäure bewirkte eine stärkere Vermehrung der systolischen Energie, die zirka 1 Stunde nach der Injektion am beträchtlichsten ist; doch wirken auch hier größere Dosen schädigend auf die Herztätigkeit. Bei Versuchen an Kranken ließ sich eine überzeugende tonisierende Wirkung auf den Zirkulationsapparat nicht nachweisen. Bei drei Individuen zeigte sich in der Tat eine Kräftigung der Systole und eine Steigerung des arteriellen Druckes, bei zwei anderen aber gerade das Gegenteil, bei allen übrigen war überhaupt keine merkbare Einwirkung auf die Zirkulation festzustellen. Als Kardiatonika im klinischen Sinne sind also die Formiate nicht brauchbar. — (Gazz. degli osped., 26. Nov. 1905.)

Gicht.

1. **Die Nahrungsmenge des Gichtkranken.** Von Pascault. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die chronische Gicht.** Von Debove. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Beiträge zur Kenntnis der Gicht.** Von J. van Loghem. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Eine rasche und einfache Methode zur Schätzung der Harnsäuremenge.** Von A. F. Dimmock und F. W. Branson. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Citarin bei Gicht.** Von F. Angelillo. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Ueber die Wirkung eines im Handel erhältlichen Thyminsäurepräparats (des Solurols) auf den Organismus des Kaninchens.** Von E. Benedix und A. Schittenhelm. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Die Bedeutung der Harnsäure in der Pathologie des Stoffwechsels.** Von H. Schur. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Im allgemeinen werden die Gichtkranken zu reichlich ernährt. Bei Körperruhe braucht ein Gichtiker von 50 kg etwa 1450 Kalorien, ein solcher von 60 kg 1740 Kalorien; diese Zahl steigt bei 70, 80, 90 kg auf 2030, 2320 und 2610 Kalorien. Wird Arbeit geleistet, so steigen diese Werte entsprechend. Als Beispiel diene der Speisezettel für einen 70 kg wiegenden Kranken: morgens 90 g Brot, 350 g Milch mit 20 g Zucker; mittags 2—3 Löffel grünes Gemüse, 60—70 g Fleisch oder 2 Eier. Besser noch gibt man Mehlspeisen: 2—3 Löffel Reis, Makkaroni oder 3—4 Löffel Kartoffel oder 6—8 Kastanien. Dazu etwas Salat, dann 280 g Früchte, 3—4 Löffelchen süße Speise und 20 g Käse; dazu 110 g Brot und 300 cm^3 Wasser oder Wein mit Wasser; darauf Kaffee mit 2 Stück

Digitized by Google

Zucker. Abends 300 cm³ magere Fleischbrühe oder Milchsuppe mit Reis, Tapioka, Brot oder Zerealien, grüne Gemüse und Salat wie mittags, 50 g Brot, 300 cm³ Getränk. Für den ganzen Tag dazu 6—7 g Salz und 35—45 g Butter. Der Wein ist dem Gichtkranken nicht unbedingt zu verbieten; viele befinden sich besser, wenn man ihnen kleine Mengen (400 bis 600 cm³, auf zwei Mahlzeiten verteilt) gestattet. — (Aliment. et Hygiène de l'arthritique, Paris 1905; Journ. des Praticiens, S. 587, 1905.)

2. Gelegentlich der Vorstellung eines Falles bespricht Debove die medikamentöse Therapie. Das beim akuten Gichtanfall so wirksame Kolchikum nützt bei der chronischen Gicht nichts. Schmerzstillend wirkt salizylsaures Natron 1 bis 2 g täglich, weiter Alkalien, unter denen das benzoesaure Natron den Vorzug verdient. Günstig auf die Tophi wirkt Jodkali in kleinen Dosen (0·03—0·04). Sehr zu empfehlen ist der Gebrauch des Zitronensaftes, aber nicht in Form übertriebener Zitronenkuren, die schon zum Verbrauch von 80 Zitronen täglich geführt haben. — (Journ. des Praticiens, S. 563, 1905.)

3. J. van Loghem injizierte Kaninchen Uratkristalle unter die Haut, respektive in die Bauchhöhle und gab gleichzeitig per os Salzsäure. Bei den betreffenden Tieren bildeten sich aus den Depots keine Uratniederschläge und die Kristalle lösten sich schwerer. — (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 7, 1905; Münch. med. Wochenschr., Nr. 45, 1905.)

4. Man nimmt 100 cm³ Urin, fügt 1 cm³ Lithium carbonicum hinzu, kocht 3 Minuten lang in einer konischen Flasche (Erlenmeyer) von zirka 300 cm³ Inhalt, filtriert heiß (zur Entfernung der Erdphosphate etc.), wäscht mit etwas destilliertem Wasser nach, bis das Filtrat 100 cm³ mißt. Zu 50 cm³ des Filtrats, das Harnsäure als harnsaures Lithium enthält, fügt man 5 cm³ Ammoniumchlorid hinzu und schüttelt, bis es gelöst ist. Nach drei Minuten erwärmt man die Flüssigkeit auf zirka 39°. Man bringt nun die Flüssigkeit in einen graduierten Zylinder, dessen Skala die Harnsäuremenge in Promille angibt, und liest nach vier Stunden ab. — (Brith. Med. Journ., 28. Okt. 1905.)

5. Angelillo berichtet über fünf Fälle von Zitarinbehandlung, die er aber noch in anderen Fällen angewendet hat. Seine Erfahrungen sind durchweg günstige; ganz besonders gut waren seine Erfolge dann, wenn er das Zitarin bei den ersten Vorboten oder wenigstens in den ersten Stadien des Gichtanfalles verabreichen konnte; die Anfälle wurden quoad Schmerz und Schwellung wesentlich gelinder und dauerten kürzere Zeit. Bemerkenswert ist auch, daß es Angelillo gelang, chronische Gichtschwellungen der Gelenke durch fortgesetzte Zitarindarreichung zum Schwinden zu bringen und ihre Neubildung zu verhüten. — (Gazz. degli osped., Nr. 33, 1906.)

6. Das von der chemischen Fabrik Max Elb in den Handel gebrachte Gichtmittel Solurol wird als ein reines Thyminsäurepräparat bezeichnet; es ist das aber nicht, sondern eine Hefenukleinsäure mit relativ niederem Purinbasengehalt, oder ein Körper, der mit Hefenukleinsäure noch stark verunreinigt ist. Bei intravenöser Injektion wurde es von Kaninchen gut vertragen. Im Experiment ließ sich eine erhöhte Ausfuhr von zirkulierender Harnsäure durch Verabreichung von Solurol nicht erzielen. Die Versuche von Benedix und Schittenhelm sind nicht geeignet, eine Stütze dafür abzugeben, daß die Nukleinsäure oder einer ihrer Bestandteile, die Thyminsäure, für das Schicksal der Harnsäure im Organismus von Bedeutung sind. Damit stellen sie aber auch in Zweifel, daß die beobachtete günstige Wirkung der Soluroltherapie bei der Gicht auf das Solurol ursächlich zurückzuführen ist. — (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffwechsels, Nr. 2, 1906.)

7. Schur, auf dessen gemeinsam mit Burian ausgeführten Arbeiten unsere heutigen Anschauungen über Entstehung und Ausscheidung der Harnsäure großenteils beruhen, faßt diese Anschauungen in dem vorliegenden Aufsatz kurz und ansprechend zusammen; da es sich um

Digitized by Google

ein Referat handelt, ist ein Bericht über die ganze Abhandlung untunlich. Nur auf zwei Punkte möchte Referent hier etwas näher eingehen. Schur weist darauf hin, daß Harnsäurebestimmungen im Harn der Gichtkranken und Patienten mit harnsaurer Diathese in der Praxis zwecklos sind. Der Nachweis einer Vermehrung der Harnsäure im Harn gibt nach seiner Ansicht nicht die geringste Stütze für die Diagnose einer uratischen Diathese ab. „Sind die Untersuchungen unter Kontrolle der Nahrung ausgeführt, so ergeben sich bei allen diesen Kranken normale Werte. Werden die Harnsäureuntersuchungen bei freigewählter Kost vorgenommen, so prägt sich in dem Befunde der vermehrten Harnsäure ausschließlich die Ernährung des betreffenden Individuums nach Qualität und Quantität aus.“ Referent möchte diesen Ausführungen insoweit beistimmen, als auch ihm Harnsäurebestimmungen bei Gichtkranken in der Praxis, so wie sie jetzt noch häufig ohne jede Kontrolle der Nahrung vorgenommen werden, als völlig zwecklos erscheinen; dagegen erscheint es nicht unmöglich, daß aus methodischen Toleranzbestimmungen für harnsäurebildende Kost, wie sie jüngst v. Noorden und Schliep vorgeschlagen haben, für die Therapie der Gicht wertvolle Schlüsse gezogen werden können.

Der zweite Punkt betrifft die Therapie der Gicht, wie sie sich auf Grund der neueren Forschungen aufbaut. Besteht auch nach Ansicht Schurs keine primäre Störung des Harnsäurestoffwechsels, so handelt es sich doch zweifellos um eine Vermehrung der Harnsäure im Blut (nach Schur durch eine Störung der Ausscheidung, eine Ansicht, die jedoch durchaus nicht allgemein angenommen sein dürfte! D. Ref.). Auf jeden Fall sind wir also verpflichtet, eine purinarme Kost zuzuführen, um damit den Harnsäuregehalt des Blutes herabzudrücken. Während nun Milch, Eier und Fischroggen purinfrei sind, sind Leber, Thymus, Fleisch und Fleischsuppen mehr oder weniger purinreich und demgemäß zu beschränken. Weißes und dunkles Fleisch sind gleichwertig, gesottenes Fleisch dem gebratenen vorzuziehen, da ein Teil der freien Purinkörper in die Fleischbrühe übergeht. Schur gibt an, daß 100 g Fleisch 0·09 g, 100 g Kalbsleber 0·18 g, 100 g Thymus 0·3 g Harnsäure liefern (nach den Untersuchungen vom Referenten und Mohr, die inzwischen auch von anderer Seite bestätigt sind, sind diese absoluten Zahlen nicht richtig, sondern die Harnsäurewerte sind bei verschiedenen Individuen verschieden). Alkohol ist nach Schur verboten. Ueber die praktische Brauchbarkeit der verschiedenen medikamentösen Behandlungsversuche bei Gicht (Sidonal, Thyminsäure, Formaldehyd) hält Schur ein sicheres Urteil heute noch nicht für möglich. — (Wien. med. Presse, Nr. 3 u. 4, 1906.)

Serotherapie.

1. **Behringsches Serum in der Behandlung des Erysipels.** Von G. Migliacci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Diphtherieheilserum in der Behandlung des Erysipels.** Von C. de Mastri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Das bivalente und das bakterizide Serum in der Behandlung der Diphtherie.** Von F. C. Costantini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Versuche zur Herstellung eines wirksamen Serums gegen Scharlach.** Von Marpmann. Ref. Fromm, München.
5. **Die Prophylaxe des Scharlachs.** Von Dr. Hartmann. Ref. Fromm, München.
6. **Scharlachtherapie und Scharlachprophylaxe.** Von Dr. Campe. Ref. Fromm, München.
7. **Heilserum gegen Genickstarre.** Von W. Kolle und A. Wassermann. Ref. Fritz Loeb, München.
8. **Behandlung der Tuberkulose mit Marmoreks Antituberkuloseserum.** Von H. Holmström. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Die Agglutination in den Händen des praktischen Arztes.** Von W. Loete. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
10. **Autoseroprognose.** Von M. Landolfi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
11. **Schutzimpfung gegen Typhus.** Von P. Triglia und G. Mazzuoli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Mitteilung dreier Fälle, in denen der Injektion von 1000 J. E. Diphtherieheilserum binnen 24 Stunden prompt

Digitized by Google

Fieberabfall und Besserung des Allgemeinbefindens folgte. Migliacci sucht nach einer Erklärung dieser Wirkung; den Gedanken an eine Polyvalenz des Serums glaubt er von sich weisen zu dürfen; eher glaubt er an eine Vermehrung der natürlichen Verteidigungskräfte des Organismus durch das Serum (also in nicht spezifischer Weise). — (Gazz. degli osped., 21. Dez. 1905.)

2. Eine 35jährige Frau bekam ein schweres Erysipel. de Mastri injizierte 100 J. E. Heilserum, wonach sofort die Delirien schwanden, und die Temperatur von 40° auf 38° herabging; eine abendliche erneute Injektion ließ die Temperatur am nächsten Morgen auf 37° herabgehen und die Patientin in die volle Rekonvaleszenz eintreten. Das gute Resultat ermutigte de Mastri zur Anwendung in einem zweiten, sehr schweren Falle bei einem Greis, mit demselben günstigen Erfolg. Es fiel besonders die rasche Rekonvaleszenz in beiden Fällen auf, die sonst bei der spontanen Besserung des Erysipels doch nicht so prompt eintritt. — (Reform. Med., Nr. 37, 1905.)

3. Nach den Erfahrungen Costantinis genügt bei leichten Diphtherieformen des Pharinx die lokale Behandlung mit bakterizidem Serum, wobei man aber stets das bivalente Serum zur Injektion bereit halten muß, für den Fall, daß allgemeine Intoxikationserscheinungen auftreten sollten. Bei mittelschweren Formen wendet man gleich neben der Lokalbehandlung subkutane Injektionen von bivalentem Serum 1000—3000 J. E. an, wenn nötig, in wiederholten Dosen. Bei sehr schweren Formen kann man auch bakterizides Serum intravenös injizieren oder es direkt in Larynx oder Trachea instillieren, wo es sehr rasch resorbiert wird. Auch während der Rekonvaleszenz soll man die lokale Behandlung fortsetzen, da dadurch die Infektiosität des Rekonvaleszenten abgekürzt wird; ebenso kann man beide Sera prophylaktisch bei Kindern, die der Infektionsgefahr ausgesetzt waren, zur lokalen Applikation verwenden. Weiter kann man das bakterizide Serum in einem gelatinösen Konstituens mit etwas Tolnolzusatz an die Trachealkanäle applizieren und so die Erkrankungsprozesse in der Trachea günstig beeinflussen. — (Gazz. degli osped., Nr. 119, 1905.)

4. Marpmann schildert nach Besprechung der bisherigen Methoden der Gewinnung von Scharlachserum, die auf der nach seiner Ansicht irrigen Meinung von der ätiologischen Bedeutung der Streptokokken basierten, die Herstellung des von ihm in den Handel gebrachten Scharlachheilserums. Dieselbe geschieht durch Extraktion des Blutes von Tieren, die teils mit Blut, teils mit Harn, teils mit Hautschuppen vorbehandelt wurden. Aus dem Umstande, daß die von anderer Seite gefundenen Streptokokken sehr oft in den vorbenannten Substraten fehlten, ergibt sich nach Marpmann die Tatsache, daß ein unbekanntes Scharlachkontagium bei der Präparation der Sera in Tätigkeit tritt. — (Zeitschr. f. angew. Chemie u. Mikrosk., Bd. 11, Aug. 1905.)

5. und **6.** Die klinischen Versuche von Hartmann (Aerztl. Zentral-Ztg. Nr. 48, 1905) und Campe (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 52, 1905) ergaben das höchst merkwürdige, den neuesten serotherapeutischen Forschungen widersprechende, für Campe aber selbstverständliche Resultat, daß die interne Darreichung des Serums, dessen Hauptbedeutung in seinem prophylaktischen Wert liegen soll, einen Erfolg sichert und der hypodermatischen Anwendung vorzuziehen ist.

Angewendet wurden Serum Nr. I als Prophylaktikum und Serum Nr. II als Heilmittel, beide tropfenweise dosiert. Die Anwendung der Sera ist selbst bei längere Zeit hindurch gereichten kleinen Dosen vollständig unschädlich.

Hartmann und Campe bekunden übereinstimmend, daß ihnen das Marpmannsche Serum bei Scharlachepidemien als Prophylaktikum ausgezeichnete Dienste geleistet habe, während seine Wirkung als Heilmittel keine sichere sei, und Hartmann hofft bestimmt, daß es möglich sein wird, mittels desselben bei jedem Scharlachfalle die der Ansteckung

Digitized by Google

ausgesetzten Angehörigen wirksam zu schützen und jede ausbrechende Scharlachepidemie im Keime zu ersticken.

Nachdem jedenfalls die Unschädlichkeit des neuen Scharlachserums feststeht, ist es nach den enthusiastischen Aeußerungen der beiden Praktiker wünschenswert, daß dasselbe in ausgedehntestem Maße auf seinen prophylaktischen und seinen Heilwert nachgeprüft wird, wie es nach letzterer Richtung in mehreren der größten deutschen und Londoner Kinderkrankenhäuser bereits geschieht. (Bei von Anfang an schweren Fällen möchte Ref. mit der Medikation von Marpmannschem Serum keine Zeit verlieren, hier feiert das Mosersche Scharlachserum seine Triumphe, die nur der zu würdigen weiß, der die zauberhafte Wirkung desselben häufig zu beobachten die glückliche Gelegenheit hatte.)

7. Die Versuche zur Gewinnung und Wertbestimmung eines Meningokokkenserums haben W. Kolle und A. Wassermann den Beweis geliefert, daß bei Pferden durch Einführung großer Mengen von Meningokokken, beziehungsweise Meningokokkenextrakt, abgesehen von den Agglutininen und Bakteriotropinen, spezifische Stoffe, welche in vitro und im Tierkörper ihre Wirksamkeit entfalten und nur Ambozeptoren, d. h. spezifische Immunkörper sein können, erzeugt werden können. Sie glauben deshalb, daß das Serum von Pferden, welche intravenös mit lebenden Meningokokkenkulturen behandelt worden sind, bei der Therapie der Genickstarre verwendbar ist. Daneben dürfte dasselbe aber auch prophylaktischen Wert besitzen. Kolle und Wassermann empfehlen die einmalige subkutane Injektion von 10 cm³ des Serums. Diese Menge hat sich im Tierversuch als vollkommen unschädlich erwiesen. Das Serum ist, bis zu einem Gehalt von 0·4% mit Karbolsäure versetzt und steht im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin zur sofortigen Verwendung in der Praxis fertiggestellt zur Verfügung. — (Pharm. Ztg., Nr. 33, 1906.)

8. Holmström hat das Marmorecksche Serum in zwei Fällen chirurgischer Tuberkulose verwendet. Der erste Patient erhielt vom 20. August bis 17. Februar im ganzen 50 Injektionen, in Serien von 10—15 Injektionen, stets ein über den anderen Tag 5 cm³, der zweite vom 21. August bis 26. Februar 34 Injektionen in ähnlicher Weise. Die Applikationsstelle war gewöhnlich der Leib, nur einmal in jedem Falle eine Extremität. Während die Injektionen am Rumpf nur unbedeutende lokale Symptome bewirkten, führte die Injektion in den Arm bei dem ersten Patienten zu starker halbseitiger Urtikaria, Oedem und Schmerzhaftigkeit des ganzen Armes, die Injektion am Bein bei dem anderen zu Schüttelfrost, Fieber, allgemeinem Oedem etc., kurz zu einem ganz schweren Krankheitsbild; die Injektionen können demgemäß als durchaus nicht ganz harmlos angesehen werden. In dem einen Falle war das Vermögen des Serums, die Temperatur im ganzen ebenso wie den mittleren Unterschied zwischen Tagesmaximum und -Minimum herabzusetzen, zwar deutlich, aber nicht besonders stark zu erkennen. Ob die in beiden Fällen beobachtete langsame Heilung verschiedener tuberkulöser Knochenaffektionen auf Rechnung des Serums zu setzen ist, ist nicht sicher zu entscheiden, aber nicht sehr wahrscheinlich, da bei dem einen Kranken der tuberkulöse Lungenprozeß sich während der Behandlung mindestens nicht besserte. Das Körpergewicht zeigte Schwankungen, die keinen bestimmten Schluß ermöglichen. Sicher nahm der Appetit während der Behandlung zu. — (Finska läkaresällsk. handl., Mai 1906.)

9. Loete gibt ein einfaches Verfahren an, ohne Pipette und Zentrifuge mit einer minimalen Blutmenge eine exakte Wertbestimmung eines agglutinierenden Blutes anzustellen. Zur Anstellung der Reaktion sind nötig: 1. Eine gleichmäßige zylindrische Kapillare von mittlerer Stärke, zum Auffangen des Blutes und als Meßröhrchen. Man trägt auf ihr mit Hilfe eines Zentimetermaßes 20 Teilstriche à 0·5 cm mit Glastinte auf. 2. Zwei Agglutinationsröhrchen von 4—5 cm Länge, 4—5 mm Breite und 0·5—1 cm³ Inhalt in Form kleinster Reagensgläschen

Digitized by Google

(ein Gestell für das Röhrchen fertigt man sich aus einer leeren Streichholzschachtel, in deren schmale Seite runde Löcher eingebrannt werden, oder man benützt Kork). 3. Eine Formalinkochsalzlösung (0·5% Formalin Schering, 0·6% ClNa). 4. Die Typhusaufschwemmung, eventuell das Fickersche Diagnostikum. Die Glasröhrchen sind vor dem Gebrauch gut zu reinigen, auszukochen nur, wenn schon vorher Serumreaktionen damit angestellt waren.

Der Arzt gibt in das eine Agglutinationsröhrchen mittels der graduierten Pipette neun Teilstriche der Formalinkochsalzlösung. Der aus einem Stich ins Ohrläppchen oder die Fingerbeere austretende Blutstropfen wird nun in die Kapillare aufgenommen und angemerkt, wieviel Teilstriche Blut erhalten wurden. Das Blut wird sofort in die Formalinlösung hineingeblasen. Sodann wird noch so viel von der Lösung in das Gläschen gebracht, daß eine 10%ige Blutlösung entsteht. Die Formalinkochsalzlösung, die den Titer des Serums selbst nach Wochen nicht verändert, hat den Zweck, die Gerinnung des Blutes zu verhindern, dessen Zersetzung zu verhüten und in ihm vorhandene Typhuskeime zu vernichten. Schon nach wenigen Minuten beginnen bei Ruhigstellung des Röhrchens die Blutkörperchen sich zu senken, während die schließlich darüberstehende klare Flüssigkeit das gesamte Plasma enthält.

Hat sich nach einigen Stunden das Blut abgesetzt, so gibt man mittels der Kapillare in das zweite Agglutinationsröhrchen so viel Teilstriche der Typhusformalinaufschwemmung, wie der Versuch erfordert. Würden z. B. 99 Teilstriche (d. h. also viermal 20 und einmal 19 Striche) Typhusaufschwemmung genommen, so muß ein Teilstrich der Blutlösung, in diese Aufschwemmung gebracht, einer Verdünnung von 1:100 oder, da das Blut selbst zehnfach verdünnt war, von 1:1000 entsprechen.

Zu berücksichtigen ist jetzt noch, daß nicht der Titer des Serums, sondern der des gesamten Blutes bestimmt wurde; da sich nun die Agglutinationsfähigkeit des Blutes zu der des Serums wie 1:2 verhält, so ist der durch den Versuch ermittelte Titer des Blutes, wenn er auf Serum bezogen werden soll, mit zwei zu multiplizieren.

Es ist klar, daß jede gewünschte Verdünnung ohne Schwierigkeit anzulegen ist. Zweckmäßig ist es, von vornherein zwei Verdünnungen, etwa 1:30 und 1:150, anzusetzen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 4, 1906.)

10. Nachdem Gilbert bereits eine Autoserotherapie, Landolfi selbst eine Autoserodiagnose in Vorschlag gebracht hatte, versucht Landolfi, hier die Grundsätze einer Autoseroprognose festzustellen. Mittels der Autoserodiagnose sollte eine Unterscheidung zwischen gewöhnlichen und tuberkulösen Exsudaten ermöglicht werden; injiziert man einige Kubikzentimeter des Exsudats subkutan, so soll bei Tuberkulose eine fieberhafte Reaktion auftreten, die sonst fehlt. Prognostisch sollen folgende Sätze gelten: Je weniger Exsudat man zur Erzeugung der fieberhaften Reaktion braucht, desto schlechter ist die Prognose, ebenso, je rascher und intensiver sie eintritt, und je langsamer sie verschwindet. Wichtig ist weiter das Verhalten der Temperatur am Tage nach der Injektion im Vergleich zu dem Tage vor derselben. Erhält man eine fieberhafte Reaktion, und setzt die Injektionen einige Tage fort, so bleibt die Reaktion entweder stets gleich oder sie wird geringer oder stärker, oder aber sie ist ganz unregelmäßig; das Günstigste ist das Geringerwerden, die ungünstigste Prognose geben die Fälle, in denen das Fieber immer höher steigt. Fehlt die Reaktion bei der ersten Injektion von 1 cm³ völlig, so steigt man langsam bis 10 cm³; je später die Reaktion auftritt, desto besser ist die Prognose. — (Gazz. degli osped., Nr. 24, 1906.)

11. Unter der Aegide von Professor Selavo sind in Italien gegenwärtig ausgedehnte Untersuchungen mit einem von ihm nach der Shigaschen Methode (modifiziert) hergestellten Typhusvakzin im Gange, die von praktischen Aerzten in ihrem Wirkungskreise angestellt werden. Einem Berichte von Castellini über Impfungen in Certaldo (Riv. crit.

Digitized by Google

di Clin. med., Nr. 40, 1905) folgt hier der Bericht der beiden Aerzte von Poggibonsi, einer gerade wie Certaldo stark typhusverseuchten Ortschaft. Es wurden mit diesem Vakzin 27 Personen geimpft, und zwar erhielten sie zuerst 0·1 cm³ und 8—10 Tage später 0·2 cm³ in die Ileozökal- oder Deltoideusgegend. Weitere 126 Personen wurden mit einem anderen Vakzin, einer Kombination des ersten mit Serum, geimpft, und zwar erhielten sie zweimal 0·5 cm³. Abgesehen von urtikariaähnlichen Eruptionen wurden nennenswerte Unzuträglichkeiten nicht beobachtet. Kein einziges der geimpften Individuen akquirierte Typhus, trotzdem viele von ihnen Familien, in denen Typhuskranke vorhanden waren, angehörten und in Lebensbedingungen sich befanden, die einer Verbreitung der Krankheit günstig waren. Bei 22 der Geimpften wurde (meist nach zirka drei Monaten) die agglutinierende Kraft des Blutes geprüft; die Probe war in elf Fällen negativ, in den anderen elf Fällen in einer Verdünnung von 1:50 positiv. — (La Clin. Med. Ital., Nr. 2, 1906.)

Unfallheilkunde.

1. **Zur Verhütung der Unfallneurosen.** Von Prof. Dr. P. Stolper. Ref. Dr. Max M. Klar.
2. **Fall von Mitralinsuffizienz, veranlaßt durch Trauma.** Von Dr. Marcus. Ref. Dr. Max M. Klar.
3. **Ein weiterer Beitrag zu der Frage: „Simulation oder Hysterie?“** Von Dr. Max M. Klar.

1. Stolper weist darauf hin, daß häufig die Aerzte, insbesondere der nach einem Unfall einen Versicherten, besonders Selbstversicherer, zuerst behandelnde Arzt, an dem Entstehen der „Unfallneurosen“ schuld sind. Manche „reine Unfallneurose“ entsteht infolge eines unvorsichtigen Wortes des Arztes über die Diagnose und die Prognose der Unfallverletzung gegenüber dem Versicherten, oder nur auf ein „bedenkliches Gesicht“ des Untersuchers hin. Wenn der Arzt dem jammernden Patienten, anstatt ihm baldige Heilung in Aussicht zu stellen, sagt: „Nur gut, Sie sind ja unfallversichert, für Ihre Familie ist ja im schlimmsten Falle gesorgt“, dann darf man sich nicht wundern, wenn der Unfallverletzte sich bald einbildet, vollkommen erwerbsunfähig zu sein. Ein strenger ärztlicher Takt, äußerste Selbstbeherrschung und Zurückhaltung sind für den Arzt nirgends so dringend notwendig, als bei der Behandlung Unfallverletzter, insbesondere bei der Erstbehandlung, und zwar im allseitigen Interesse sowohl des Versicherten als der Versicherung, als auch im allgemeinen für die Erhaltung der Produktionskraft des Volkes. Der Arzt hüte sich auch davor, einen „Unfall“ in den Patienten „hineinzuexaminieren“. Bei den üblichen Klagen der „Unfallneurastheniker“ empfiehlt Vf., zunächst eine kleine Rente zu geben, um an der Hand dieser allmählich den Verletzten mit sanftem Zwang der Arbeit wieder zuzuführen. — (Wiener med. Wochenschr. Nr. 40, 1905.)

2. Marcus berichtet über einen 36 Jahre alten Ziegeleiarbeiter, der aus einer Höhe von 3 m von einer Leiter herabfiel und mit der linken Brustseite auf den Boden aufschlug. Er verspürte sofort einen heftigen Schmerz in der linken Brusthälfte, erhob sich aber ohne Hilfe und ging zu seinem Arzt. Von einem anderen Arzt — der Verletzte begab sich am dritten Tag nach dem Unfall von dem Ort des Unfalles in seinen Heimatsort — wurde festgestellt: Schmerzhaftigkeit an der linken vorderen Brustseite zwischen zweiter und sechster Rippe, leichte Reibegeräusche und unregelmäßige Herztätigkeit. Nach zwei Monaten wurden keine Unfallfolgen mehr gefunden; dem Manne wurde daher die Rente entzogen. Das Schiedsgericht, bei dem der Verletzte Berufung einlegte, wies den Mann zur Untersuchung in die Anstalt des Vfs. ein. Dieser fand nun: Klagen über starkes Beklemmungsgefühl nach längerem Gehen oder körperlicher Anstrengung sowie über Herzklopfen und Schmerzen in der linken Brustseite.

Objektiv: Großer, kräftiger Mann, blaß, Lippen leicht zyanotisch. Urin normal. Herzdämpfung nach beiden Seiten verbreitert, besonders aber nach rechts, wo sie bis zur Mitte des Sternums reicht. Spitzenstoß deutlich sichtbar, bebend, im fünften Interkostalraum etwas außerhalb

Digitized by Google

der Mamillarlinie. Herzton an der Spitze abnorm laut, über dem Sternum nichts Auffälliges zu hören. Aortentöne leise, Pulmonaltöne schärfer, besonders der zweite. Puls 42, klein, leicht zu unterdrücken, Arterien eng.

Diagnose: Mitralinsuffizienz post trauma. Der Verletzte hat bis zu dem Unfall schwer und ohne längere Unterbrechungen gearbeitet, hat niemals an Gelenksrheumatismus gelitten und hat seine Militärzeit voll gedient; sein Herz muß also vor dem Unfall gesund gewesen sein oder wenigstens sich in einem Zustand befunden haben, der eine Erwerbsbeschränkung nicht bedingte. Die Art der Gewalteinwirkung war geeignet, eine Verletzung des Herzens hervorzubringen. Der Fall ist in mehr als einer Hinsicht sehr lehrreich. (Ref.) — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1905.)

3. Ein 26jähriger Arbeiter erlitt einen Betriebsunfall, indem beim Transport einer Schleifmaschine diese umfiel und dem dabei zu Boden gefallenen Mann das linke Knie quetschte. Der behandelnde Arzt gab dem Mann gleich bei Beginn der Behandlung eine schlechte Prognose und sprach von Versteifung u. s. w. Der Verletzte simulierte nun über ein Jahr hindurch vollständige Versteifung des Kniegelenkes, leider unterstützt durch Atteste immer desselben Arztes, bis endlich die Entlarvung durch Anstaltbeobachtung gelang. Das Schiedsgericht, noch gestützt auf Beobachtungsergebnisse seitens der Gendarmerie, entzog dem Manne die Rente. Vf. bespricht die Vorteile, die die von Vulpius auf dem „Congrès international médical des accidents du travail" in Lüttich 1905 vorgeschlagene Reformation der ärztlichen Gutachtertätigkeit bieten würde gegenüber dem jetzigen, manchmal recht mangelhaften Stand dieses Zweiges der sozialen ärztlichen Tätigkeit. — (Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 9, 1905.)

Ueber Herzverletzungen. Von Johannes Berninger. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. gibt eine interessante Zusammenstellung von 68 Fällen operativ behandelter Herzwunden. Von diesen 68 Fällen war der linke Ventrikel 32mal verletzt, dabei 16 Heilungen, der rechte Ventrikel 23mal, 8 Heilungen, das rechte und das linke Herzohr je einmal mit tödlichem Ausgange. Die Herzspitze fünfmal mit einer Heilung. In sechs Fällen ist der Sitz der Wunde unbekannt, bezw. nicht näher angegeben. 18 Fälle wurden innerhalb einer Stunde operiert, dabei fünf Heilungen; ein Fall nach drei Stunden, Heilung; acht Fälle nach 45 Stunden mit drei Heilungen; ein Fall nach sechs Stunden, Heilung; zwei nach acht Stunden, eine Heilung; zwei nach zwölf Stunden, eine Heilung; drei nach 24 Stunden, dabei zwei Heilungen. In 33 Fällen mit zwölf Heilungen ist die Zeit nicht angegeben. Hieraus ergibt sich eine Sterblichkeitsziffer von 69·5% für die Fälle, welche innerhalb der ersten vier Stunden operiert wurden, gegen eine Sterblichkeitsziffer von 50% bei den Fällen, die erst nach vier Stunden zur Operation kamen. In 15 Fällen wurde Chloroformnarkose gemacht, dabei sechs Todesfälle, einer während der Operation. Viermal wurde Aether angewandt, zwei starben, einer sofort. In 15 Fällen wurde ohne Narkose operiert, davon starben sechs, einer auf dem Tisch. In 32 Fällen wurde mit Seide genäht, dabei 15 Heilungen; mit Katgut in zehn Fällen, fünf geheilt; mit Zelluloid in einem Falle, Heilung. In 25 Fällen mit fünf Heilungen ist das Nahtmaterial nicht genannt. Die fortlaufende Naht wird in drei Fällen mit zwei Heilungen erwähnt. In vier Fällen war die Koronararterie verletzt, dabei eine Heilung. In 22 Fällen war das Perikard drainiert, zwei starben nach wenigen Stunden, von den übrigen 20 heilten zehn. Von den 17 Fällen, in denen das Perikard ohne Drainage geschlossen war, starb einer nach 15 Minuten, von den übrigen 16 heilten neun. In den 26 geheilten Fällen ist zwölfmal eine Komplikation mit irgend einer Infektion erwähnt. In den 42 Todesfällen verstarben 16 innerhalb 24 Stunden am Shok und Blutung, in zwei dieser Fälle war das Ventrikelseptum punktiert. Fünf starben am zweiten Tage, davon drei durch Infektion der Pleura; sechs starben am dritten Tage, vier durch Infek-

Digitized by Google

tion; zwei starben am vierten Tage durch Infektion, drei am fünften Tage, einer am sechsten, einer am 13., einer am 14., einer am 19., einer am 22. Tage, alle infolge Infektion. In fünf Fällen ist Zeit und Todesursache nicht bekannt.

Es geht aus der Statistik hervor, daß von den 68 operierten Fällen 26 zur Heilung kamen, d. h. daß in 38·2% die Verletzten durch die Operation gerettet wurden, während nach den Angaben C. Fischers bei der expektativen Behandlung nur 7—10% am Leben erhalten werden können. Es dürfte somit in geeigneten Fällen ein operativer Eingriff sehr wohl am Platze sein, zumal die Resultate durch die vervollkommnete Technik und die gesammelten Erfahrungen mit der Zeit immer besser werden. — (Diss. München 1905.)

Chinin bei Typhus. Von G. Basile. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. verfügt über 20 Beobachtungen; in 19 von den 20 Fällen wurde die Serumprobe angestellt und war in 18 positiv, in einem zweifelhaft. Das Chinin drückte zweifellos die Temperatur gegenüber dem Tag vorher um 1° herab, aber die Herabsetzung erstreckte sich allerhöchstens noch auf den folgenden Tag. Nicht bestätigen konnte Vf. die Behauptung Erbs, daß die Darreichung der Chininsalze in vielen Fällen den Ablauf der Infektion verkürzt — eine solche Verkürzung war höchstens in zwei leichten Fällen festzustellen. Auch machte es durchaus nicht den Eindruck, als ob die Chinindarreichung (wie einige annehmen) etwa in der Periode steiler Kurven wirksamer wäre. — Die Art des dargereichten Chininsalzes schien die Wirksamkeit nicht zu beeinflussen. Die subkutane Applikation des Medikaments trat nur dort in ihr Recht, wo Magendarmstörungen den peroralen Weg verboten; sonst wurde das Mittel stets innerlich gegeben, zumal Versuche ergeben hatten, daß auf diesem Wege das Chinin viel rascher in den Kreislauf gelangt, und zwar deshalb, weil das Alkaloid bei subkutaner Darreichung durch die Alkaleszenz der Säfte gefüllt wird. Von einer endovenösen Applikation sah Vf. als unnütz ab. Vf. faßt sein Urteil dahin zusammen, daß die Chinindarreichung unschädlich ist, daß sie die Antipyrese unterstützt, aber in keiner Weise den Verlauf der Krankheit abkürzt, im großen und ganzen jedenfalls entbehrlich ist. — (Il Policlin. Sez. med., Nr. 4, 1906.)

Nervenkrankheiten.

Neuralgien.

1. **Zur Therapie der Neuralgien.** Von W. Spitzmüller. Ref. Klar, München.
2. **Ueber die Behandlung von Neuralgien und Neuritiden durch subkutane Injektion atmosphärischer Luft.** Von A. Courcelle. Ref. A. Haas, München.
3. **Ueber Nervenkokainisation bei rheumatischen Neuralgien.** Von Giuseppe Galli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber analgesierende Injektionen „loco dolenti" bei den peripheren Neuralgien. Diagnostische Bedeutung des Kokains.** Von Dr. Demaillasson. Ref. A. Haas, München.
5. **Die Alkoholinjektionen bei Gesichtsneuralgien.** Von Gabriel Laporte. Ref. A. Haas, München.
6. **Klinische Studie über Interkostal-Neuralgien und Versuch einer neuen Einteilung.** Von George Boutin. Ref. A. Haas, München.

1. Spitzmüller empfiehlt bei Neuralgien auf Grund einer sehr guten Erfahrung bei einem Falle von Trigeminusneuralgien aller drei Aeste bei einer Dame von 32 Jahren, Injektionen von einer halben Pravazspritze folgender Lösung:

Rp. Cocain. muriatic. 0·3
Aq. dest. 20·0
Suprarenin. gtt. VI

die in den Nerven an der Austrittsstelle nach Bedarf zu wiederholen sind. Die Patientin Spitzmüllers war schon mit allen möglichen und unmöglichen Medikationen vergeblich behandelt und litt so furchtbar, daß sie acht Tage lang schlaflos war und keine Nahrung zu sich nehmen konnte. Die Injektionen, die in die Nn. supraorbitalis, infraorbitalis, mentalis und occipitalis an deren Austrittsstelle gemacht wurden, wirkten prompt und so

Digitized by Google

gut, daß nach neunmaliger Injektion Patientin seit 6½ Monaten frei von Anfällen geblieben ist. Dasselbe Verfahren wurde übrigens schon von Küster-Marburg vor Jahren bei Ischias empfohlen, und auch Referent verfügt über gute Erfahrungen mit Kokaininjektionen direkt in den Nerven bei Fällen von Ischias, die vorher jeder Behandlung getrotzt hatten. — (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 40, 1905.)

2. Courcelle empfiehlt gegen Neuralgien und Neuritiden des Stammes und der Extremitäten, dann gegen muskuläre Schmerzen, insbesondere Lumbago, loco dolenti bis zu ⅓ l Luft in das subkutane Zellgewebe einzupumpen; bei Trigeminusneuralgie ist das Verfahren bisher nicht versucht worden. Man benützt das Gebläse eines Paquelins, einen Gummischlauch, in dessen Verlauf eine Glasröhre mit sterilem Wattepfropf zum Abfiltrieren der Bakterien eingeschaltet ist, und eine gewöhnliche Punktionsnadel; die Einstichstelle wird mit einem Kollodialstreifen verschlossen. Selbstverständlich muß man sich hüten, in eine Vene die Luft einzupumpen. Die Prozedur darf nicht schmerzhaft sein; sie bewirkt gewöhnlich schon nach der ersten Sitzung große Linderung der Schmerzen, eventuell sind zugleich mehrere Injektionen zu machen. Nachher wird die Luft durch leichte Massage im Unterhautzellgewebe verteilt. Die Wirksamkeit beruht auf einer Dehnung der Nervenenden und auf Bildung eines schützenden Luftpolsters. Die Methode soll absolut unschädlich, schmerz- und gefahrlos sein. — (Thèse de Paris, 1905.)

3. Galli berichtet über sehr günstige Resultate in zwei Fällen. Im ersten handelte es sich um eine allen Heilversuchen trotzende Ischias. Vf. begann mit einer halben Spritze einer 5%igen Lösung in die Sakralgegend, gab am zweiten Tage ⅔ Spritzen, dann 6 Tage lang je 1 Spritze; vom dritten Tage an wesentliche Besserung, einen Monat nach Beginn völlige Heilung. Die Kur wurde ohne jede Reaktion ertragen. Der zweite Fall betrifft eine schwere Schulterneuralgie, die nach der dritten Injektion einer ganzen Spritze geheilt war, nachdem sie vorher einen Monat bestanden hatte. — Benützt wurde das salzsaure Salz unter allen aseptischen Kautelen; die Injektionen wurden intramuskulär gemacht. — (Gazz. degli osp., August 1905.)

4. Bekanntermaßen versagt bei unserer ungenügenden Kenntnis der Ursache der Neuralgien sehr häufig die medikamentöse Therapie; aber auch dem chirurgischen Eingriff folgt oft nur zu bald das Rezidiv, sei es, daß sich durch Regeneration die Kontinuität des Nerven wieder herstellt, sei es, daß der schmerzerzeugende Herd oberhalb der Resektionsstelle saß. Sehr ermutigende Resultate hat nach Demaillasson neuerdings die Injektion von Kokain oder Stovain „loco dolenti“ bei Neuralgien gegeben. Aber diese Injektionen besitzen auch hohen diagnostischen Wert, indem sie in vielen Fällen die Lokalisation des schmerzerzeugenden Herdes im Verlauf des Nerven ermöglichen. Wird Kokain an irgend einer Stelle in der Kontinuität des Nerven subkutan injiziert, so wird dort die Leitung unterbrochen, der Nerv gewissermaßen temporär reseziert. Hört nun nach der Injektion der Schmerz auf, so hat die Nervenläsion sicher peripheren Sitz und ein entsprechender chirurgischer Eingriff bietet Aussicht auf Erfolg. Weicht anderseits, z. B. bei Ischias, der Schmerz nur einer Injektion in den Duralsack, so weist das auf eine Erkrankung des Wurzelgebietes hin und ein peripherer Eingriff wäre erfolglos. — Therapeutisch wird man jedenfalls in sehr vielen Fällen mit guter Aussicht zunächst die Injektion von Kokain oder Stovain versuchen können; auch bei den Reflexneuralgien hysterischen und neurasthenischen Ursprungs sind gute Resultate damit erzielt worden. — (Revue française de médec. et chirurg. Nr. 31, 1905.)

5. Laporte empfiehlt dringend, bei den Trigeminusneuralgien die in Deutschland von Schlösser eingeführten und in Frankreich besonders von Ostwalt geübten subkutanen und tiefen Alkoholinjektionen zu versuchen, bevor man sich zur Operation entschließt. Die Technik ist die sehr einfache und in der letzten

Digitized by Google

Zeit oft beschriebene für die subkutane Alkoholinjektion. Die Aufsuchung der Nervenstämme an der Schädelbasis, die sogenannten tiefen Injektionen, dürften sich kaum für die allgemeine Anwendung eignen, da sie ein intensives Studium der in Betracht kommenden topographischen Verhältnisse erfordern. Laporte empfiehlt als Lösung Alkohol 90% und Wasser aa. Ehe man die subkutanen Injektionen von Alkohol versucht, stellt man durch eine Kokaininjektion loco Dolenti fest, ob es sich um eine periphere Neuralgie handelt, und ob also die Alkoholinjektion Erfolg verspricht. Ist dies der Fall, so injiziert man 1 cm^3 subkutan, bezw. submukös. Gewöhnlich müssen diese Injektionen in Intervallen von mehreren Tagen wiederholt werden, um einen Dauererfolg zu erzielen. Zeigt die Kokaininjektion, daß der Sitz der Neuralgie nicht peripher ist, so müssen die tiefen Alkoholinjektionen gemacht werden. — (Thèse de Paris, 1905.)

6. Boutin klassifiizert in Neuralgien, zentralen und peripheren Ursprungs, ferner in solche mit verschiedener Ursache, die aber durch Kokaininjektion loco dolenti prompt geheilt wurden.

Die Interkostal-Neuralgien zentralen Ursprunges sind sehr selten. Lokale Kokaininjektionen sind hier natürlich erfolglos. Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ergibt mehr weniger zahlreiche Lymphozyten.

Die Interkostal-Neuralgien peripheren Ursprunges sind entweder durch eine Neuritis bedingt oder es handelt sich um Reflexneuralgie. Die neuritischen Schmerzen bestehen fortwährend, in Form von Stechen, Kriebeln etc., mit nächtlichen Exazerbationen. Sie werden gesteigert durch Druck und durch Bewegungen des Thorax. Die Hautsensibilität ist immer gestört. Kokaininjektionen, loco dolenti bringen nur vorübergehende Besserung.

Die Reflexneuralgien unterscheiden sich von den neuritischen Schmerzen durch das Fehlen der nächtlichen Exazerbationen und der Störungen der Hautsensibilität. Durch Druck werden die Schmerzen nicht vermehrt. Diese sind im allgemeinen diffus und beklemmend. Die speziellen Symptome dieser Reflexneuralgien sind verschieden, je nach dem Thorax- oder Abdominalorgan, von dem sie ausgehen. Kokaininjektionen bringen hier nur eine ganz vorübergehende Erleichterung. In der dritten Gruppe — Neuralgien verschiedener Herkunft, aber durch Kokaininjektionen loco dolenti definitiv heilbar — bringt Boutin die hysterischen und neurasthenischen Thoraxschmerzen unter, die durch das gleichzeitige Bestehen hysterischer, beziehungsweise neurasthenischer Stigmata leicht erkennbar sind. Ferner die sogenannten habituellen Interkostal-Neuralgien, die zeitweise durch ganz bestimmte, gewöhnlich immer wieder dieselben Ursachen auftreten, die keinen bestimmten Sitz haben und bei denen die Hautsensibilität nicht gestört ist. — (Thèse de Bordeaux, 1904/05.)

Epilepsie.

1. **Epilepsie und chlorfreie Ernährung.** Von R. Massalongo, G. Danio und G. Zambelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber stickstoffarme Diät bei der Epilepsie. (Harnanalysen und therapeutische Resultate.)** Von Jules Voisin, Roger Voisin und Novero. Ref. Rosenbaum, München.
3. **Der Mißbrauch von Bromiden bei Epilepsie.** Von Spratling. Ref. L. Mann, Mannheim.

1. Nach anfänglichen Mißerfolgen führte die Darreichung chlorfreier Kost genau nach den Vorschriften Widals zu günstigen Resultaten in der Behandlung der Epilepsie. Sie brachte in allen zur Beobachtung gekommenen Fällen eine beträchtliche Verminderung der Anzahl und Intensität der Anfälle zustande, ja ließ dieselben in manchen Fällen sogar für Monate gänzlich verschwinden, nachdem jahrelanger Aufenthalt im Krankenhaus unter Anwendung der gewöhnlichen Behandlungsmethoden dies nicht zustande gebracht hatte. In anderen Fällen vermochte die Diät die Anfälle zwar zu vermindern, aber nicht große Pausen herbeizuführen; hier gelang es dann oft noch, durch eine Kombination der Diät mit Bromdarreichung günstige Erfolge zu erzielen. Irgend welche Unannehmlichkeiten oder Zwischenfälle brachte die

Digitized by Google

chlorfreie Diät nicht mit sich. Zur Erklärung der Heilerfolge nehmen Massalongo, Danio und Zambelli an, daß die Chloraufstapelung im Körper das Gleichgewicht des Säfteaustausches beeinträchtigt und dadurch die Ausscheidung der die epileptischen Anfälle auslösenden Gifte verzögert. — (Riv. crit. di Clin. med., Nr. 17, 1906.)

2. Der Einfluß der Ernährung auf Zahl und Stärke der epileptischen Anfälle ist vielfach studiert worden, doch sind die Resultate, die mit gemischter Kost, reiner Milchdiät, Milch und vegetarischer Diät erreicht worden sind, widersprechend. Jules Voisin, Roger Voisin und Novero haben zehn Kinder, darunter acht epileptische, rein vegetarisch ernährt, unter Ausschluß von Milch und Eiern und sogar der stärker N-haltigen Vegetabilien; die Kinder erhielten dabei, wie gewohnt, ihr Bromsalz und 0·12 l Wein pro die, um die möglichste Ausschaltung des N in der Nahrung in ihrem Einfluß auf die Anfälle rein studieren zu können. Der Versuch dauerte einen Monat. Die Kinder fühlten sich bei diesem Regime wohl, nahmen an Gewicht zu, doch zeigte sich kein Einfluß auf Zahl und Stärke der Anfälle. — (Revue mens. des Mal. de l'enfance, 1905.)

3. Auf Grund von zehnjähriger Erfahrung bei 2000 Fällen von Epilepsie kommt Spratling zu der Ueberzeugung, daß die Bromide bei der Behandlung der Epilepsie weit mehr schaden als nützen. Sie haben zwar einen gewissen Wert bei der Bekämpfung der Anfälle, aber Heilung sah Spratling nie durch Brom allein. Bromkali gab er nie; die anderen Salze dürfen nur bei geeigneten Fällen gegeben werden. Seine Durchschnittsdose ist 1·0 pro die und 5·0 pro dosi. Bei 27 von ihm untersuchten Geheimmitteln fand er als Basis aller Bromkali.

Wenn unter Brom Heilung eintritt, ist es nicht wegen, sondern trotz desselben. Es darf nur mit großer Vorsicht verordnet werden, selten bis zur Erzeugung von Akne. Vorzuziehen sind andere harmlose Mittel und besser ist es, das Individuum zu behandeln, als ein Symptom seiner Erkrankung. — (The Brit. Med. Journ., Dez. 1905.)

Aspirin bei Chorea. Von R. Massalongo und G. Zambelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei zahlreichen Fällen von Chorea konnten die Verfasser die bekannte günstige Wirkung des Aspirins bestätigen. Veranlaßt zu der vorliegenden Mitteilung wurden sie jedoch durch den prompten Heilerfolg in vier Fällen allerschwerster, an Chorea magna erinnernder Chorea. Die Anfangsdosis bei den 10—15 Jahre alten Patientinnen betrug 3—5 g, konnte jedoch allmählich vermindert werden. Alle vier wurden innerhalb 15—25 Tagen völlig geheilt. Schon vom zweiten Tage an war die Besserung unverkennbar, doch genügte in den ersten Tagen ein Aussetzen des Medikaments, um sofort wieder eine Akzentuation der Symptome herbeizuführen. — (Gazz. degli ospedali, Nr. 9, 1906.)

Beitrag zum Studium der Phosphordarreichung durch organische Phosphorpräparate. Von P. Gallenga. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. stellte experimentelle und klinische Versuche mit Protylin und seinen Abkömmlingen (Brom-, Eisenprotylin, Arsylin) an. Zunächst konnte er die Tatsache bestätigen, daß das Protylin vom Magensaft nicht angegriffen wird; es wird rasch in den Darm übergeführt und wirkt infolgedessen nicht reizend bei Magenaffektionen. Versuche am Hund und am Kaninchen ergaben, daß ganz gewaltige Dosen Protylin (entsprechend einer einmaligen Gabe von 150—300 g des Mittels für einen 70 kg schweren Menschen) unschädlich sind; ebenso erwies sich die lange fortgesetzte Darreichung von täglich 1 g Protylin pro Kilogramm als gefahrlos, nur daß der 5·6 kg schwere Hund bei einer Kalorienzufuhr von 57 Kalorien per Kilogramm abnahm und einer Zufuhr von fast 100 Kalorien per Kilogramm bedurfte, um zuzunehmen. Große Stoffwechselversuche zeigten, daß das Protylin völlig geeignet ist, den Phosphor der Nahrung zu ersetzen; der Phosphor des Protylins ist

Digitized by Google

ebenso wie der der Nahrung resorbierbar und assimilierbar, und fähig, in den Geweben fixiert zu werden. Die Stoffwechselversuche am Menschen wichen in ihren Resultaten nicht von denen an Tieren ab, und die klinischen Versuche (im ganzen 22) mit einfachem Protylin an nervösen, unterernährten und dyspeptischen Individuen, mit den anderen Präparaten bei entsprechender Indikation angestellt, sprachen für eine günstige Einwirkung des Mittels, soweit man darüber urteilen kann, da ja nicht das Protylin allein, sondern daneben noch andere Heilfaktoren zur Verwendung kamen. — (Il Policlin., Sez. med., Nr. 3 u. 4, 1906.)

Das Lezithin, seine Rolle im Organismus und seine therapeutische Verwendung. Von G. Landsberg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das sehr fleißige Sammelreferat (203 Literaturangaben!) faßt zuerst das Bekannte über Vorkommen und Eigenschaften des Lezithins, dann über seine Stellung im Stoffwechsel und zuletzt über seine therapeutische Verwendung zusammen. Hier sei über letzteres kurz berichtet. Eine sehr gut gestützte Indikation bildet seine Anwendung bei Bluterkrankungen verschiedener Art. Klinische Erfahrungen haben gezeigt, daß es auf Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hb auch im kranken Organismus einen exquisiten Einfluß ausübt, auch wenn Eisen keinen Erfolg hatte. So hatte man günstige Resultate bei Chlorose und sekundären Anämien, während über perniziöse Anämie bis jetzt kein Bericht vorliegt. Parallel der Besserung des Blutbefundes ging in den meisten Fällen eine Zunahme des Körpergewichtes und eine Hebung des Allgemeinbefindens. So weit bewegen wir uns auf einigermaßen sicherem Boden, nicht aber bei den zahllosen, weiterhin aufgestellten Indikationen. So will man gute Erfolge gesehen haben bei Neurasthenie, bei nervösen Erschöpfungszuständen und auch bei organischen Nervenkrankheiten; nachdem bei letzteren in der Zerebrospinalflüssigkeit eine Cholinvermehrung, wohl auf vermehrtem Lezithinzerfall beruhend, konstatiert ist, wäre eine günstige Beeinflussung, wenn auch immer noch nicht wahrscheinlich, doch nicht undenkbar. Weiter hat man das Lezithin bei Tuberkulose und Rhachitis gegeben; bei ersterer sah man Hebung des Allgemeinbefindens, bei letzterer sollen auch günstige Erfolge beobachtet sein; doch kann Lezithin zur Zeit noch nicht als Ersatz für den Phosphor angesehen werden. Bei Skrofulose und senilem Marasmus äußerte sich die günstige Beeinflussung ebenfalls in Hebung des Allgemeinbefindens und des Körpergewichtes, beim Diabetes lag sie in der gleichen Richtung, außerdem zeigte sich in einigen Fällen ein Rückgang der Zuckerausscheidung.

Für die therapeutische Anwendung des Lezithins käme als das billigste und am leichtesten zu beschaffende Material das Eigelb in Betracht; seine Anwendung wird auch in neuester Zeit wieder von Koch (St. Louis Cour. of Med., Juni 1905) vorgeschlagen; bei Flaschenkindern will er den der Frauenmilch gegenüber geringeren Lezithingehalt der Kuhmilch durch Lezithinzusatz ausgleichen. Demjenigen, der Lezithinpräparate anwenden will, stehen eine große Menge zur Verfügung, so das Agfalezithin (Aktiengesellschaft für Anilinfabrikate), das Bromlezithin, das von Blattmann, Clin, das Lezitogen (Barkowski), die Präparate von Merck, Richter, Riedel, Weirich, sowie von Präparaten, die noch andere Stoffe enthalten, das Bioplastin, Bioson, Jodlezithin, Lezithin-Perdynamin, Roborat. Die Präparate kommen in verschiedenster Form, als Pillen, Tabletten, als Flüssigkeit etc. in den Handel; auch sterilisierte Oellösungen zur subkutanen Injektion wurden auf den Markt gebracht. Unter aseptischen Kautelen sind diese Injektionen zwar unschädlich, aber entbehrlich; denn es wird sicher auch von dem gewöhnlichen Lezithin ein Teil vom Darmkanal aus als solches dem Kreislauf zugeführt, und überdies ist in letzter Zeit im Bromlezithin ein Präparat dargestellt worden, das weit mehr als gewöhnliches Lezithin der Verdauungshydrolyse entgehen soll. — (Zentralbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffwechsels, Nr. 7, 1906.)

Digitized by Google

Chirurgie.

Allgemeine und lokale Anästhesie.

1. **Die Gasgemischnarkose mittels des Roth-Drägerschen Sauerstoffapparats.** Von Wilhelm Hagen. Ref. Klar, Heidelberg.
2. **Wirkungen des Chloroforms auf die Niere.** Von R. Dalimier. Ref. A. Haas, München.
3. **Wirkung des Chloroforms auf die Niere, Albuminurie und Cylindrurie nach der Chloroformnarkose.** Von Eugène Ledoux. Ref. A. Haas, München.
4. **Klinische Wirkungen der Aethernarkose auf die Nierentätigkeit.** Von H. Pringle, B. Mannsell und Seton Pringle. Ref. A. Haas, München.
5. **Experimentelle Ergebnisse über die Anwendung von Adrenalin als internes Mittel und den Gebrauch dieser Substanz bei der Synkope durch Chloroformnarkose.** Von Cécile Bézack. (Aus dem Institut für experimentelle Therapie, Genf.) Ref. A. Haas, München.)
6. **Die Gefahren der Skopolamin-Morphium-Narkose.** Von Horace J. Whitacre, Cincinnati. Ref. A. Haas, München.
7. **Skopolamin-Morphium-Chloräthyl-Aether-Narkose.** Von Dr. H. A. Royster. Ref. A. Haas, München.
8. **Die Skopolamin-Morphium-Narkose.** Von David v. Niederhäusern. Ref. Fritz Loeb, München.
9. **Ueber kombinierte Atropin-Morphium-Chloroform-Narkose.** Von Prof. T. Tuffier. (Aus dem Hospital Beaujou, Paris.) Ref. A. Haas, München.
10. **Zur kombinierten Skopolamin-Morphin-Chloroform-Narkose.** Von Dr. Roith. (Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik.) Ref. A. Haas, München.
11. **Ueber Inhalationsanalgesie. (Stadium analgeticum der Narkose.)** Von Georg Martin Dietze. (Aus der chir. Abt. des Diakonissenhauses Leipzig-Lindenau; Prof. H. Braun.) Ref. Fritz Loeb, München.
12. **Die Anästhesie in der kleinen Chirurgie.** Von Dr. zur Vorth. Ref. Klar, Heidelberg.
13. **Zur Geschichte der Rückenmarkanästhesie.** Von Bier. Ref. Klar, Heidelberg.
14. **Bleibende Rückenmarklähmung nach Lumbalanästhesie.** Von Fritz König. Ref. Klar, Heidelberg.
15. **Zwei Fälle von linksseitiger Abduzenslähmung nach Rückenmarkanästhesie.** Von Roeder. Ref. Klar, Heidelberg.
16. **Lumbalanästhesie im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf.** Von Dr. M. Peukert. Ref. G. Wiener, München.
17. **Bemerkungen zur Rückenmarkanästhesie.** Von Dr. J. Preindlsberger. (Aus der chir. Abt. des Landeshospitals Serajewo.) Ref. A. Haas, München.
18. **Ueber Lumbalanästhesie mit Novokain bei gynäkologischen Operationen.** Von Prof. Dr. Opitz, Marburg a. L. Ref. G. Wiener, München.

1. In der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg wurden über 1000 Narkosen mit dem Roth-Drägerschen Apparat ausgeführt. Die Vorzüge des Apparats bestehen in der Möglichkeit genauer Dosierung und individualisierender Indikationsstellung und Herabsetzung des Quantums des Narkotikums und der Konzentration. Durch den Sauerstoff wird eine Anhäufung von Kohlensäure im Organismus verhütet und die vitale Energie der Zellen im Organismus erhalten und erhöht. Es tritt viel seltener Exzitation ein, Erbrechen und andere Nachwirkungen der Narkose werden viel weniger häufig, Asphyxien gibt es fast gar nicht mehr. Vf. wendete fast ausschließlich die gemischte Sauerstoff-Chloroformäther-Narkose an, wobei er den Aether prävalieren ließ. Wenn auch der Verbrauch an Narkotikum nicht viel mehr als die Hälfte gegenüber der gewöhnlichen Narkose beträgt, so kostet doch infolge des teuren Preises des Sauerstoffes die Narkose pro Stunde Mk. 2·50 gegen Mk. 0·85 früher. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1906.)

2. Vor jeder Narkose sollte ebenso wie die Herzuntersuchung auch die Nierenuntersuchung obligat sein. Finden sich Anzeichen einer chronischen Nephritis, ist Chloroform kontraindiziert, denn die nachteiligen Wirkungen des Chloroforms auf das Nierenepithel werden bei einer schon vorhandenen Schädigung der Niere um so größer sein und dokumentieren sich in einer oft rapiden Zunahme der Albuminurie und Zylindrurie. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen tritt im Anschluß an die Chloroformnarkose in diesen Fällen der Tod durch Urämie ein.

Einwirkungen des Chloroforms auf die gesunde Niere lassen sich in etwa 13% der

Digitized by Google

Fälle nachweisen, und zwar meist als Albuminurie, manchmal auch Zylindrurie.

Tierversuche haben gezeigt, daß das Nierenepithel durch Chloroform erheblich alteriert wird, insbesondere das der Tubuli contorti. Zum Zustandekommen einer Nierenschädigung beim Gesunden durch Chloroformnarkose ist eine gewisse Prädisposition der Niere, eine Nierenschwäche, anzunehmen, die man auch leicht bei diesen Individuen durch die bekannten Proben (Gabe von Hühnereiweiß morgens nüchtern in größeren Quantitäten, subkutane Eiweißinjektion, alimentäre Chlorurie) nachweisen kann. Dieser Nachweis ist sehr wertvoll, da man durch ihn imstande ist, solche nierenschwache Individuen zu erkennen und bei ihnen die Anwendung von Chloroform und besonders die wiederholte Anwendung des letzteren zu vermeiden. — (Thèse de Paris, 1904/05.)

3. Ledoux hat bei 40 wegen der verschiedensten Affektionen in Chloroformnarokse operierten Kranken den Urin nach der Narkose untersucht und in elf Fällen Eiweiß gefunden. In sieben Fällen waren hyaline und granulierte Zylinder vorhanden, niemals Epithelzylinder. Der Eiweißgehalt war in den meisten Fällen ein äußerst geringer, am dritten Tage nach der Narkose war der Urin gewöhnlich wieder normal. Bei zwei Fällen mit etwas beträchtlicherem Eiweißgehalt ließ sich unverändertes Chloroform im Urin nachweisen. In fünf von neun daraufhin untersuchten Fällen waren die Chloride vermehrt. Eine Kontraindikation gegen die Narkose gibt diese leichte Reizung der Nieren bei gesunden Menschen nicht, doch kann sie bei bereits bestehenden Nierenaffektionen zu schweren renalen Erscheinungen, eventuell zum Tode führen.

Für das Auftreten der Albuminurie nach Chloroformnarkose sind Dauer der Narkose, Menge des verbrauchten Chloroforms und üble Zufälle bei der Narkose selbst irrelevant. Das Vorhandensein der Zylinder beweist, daß es sich um eine, wenn auch leichte organische Läsion der Niere handelt. Für das Auftreten derselben ist eine vielfach hereditäre und kongenitale, oft auch durch chronische Infektion (Tuberkulose, Karzinom etc.) bedingte Nierenschwäche anzuschuldigen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um leichte degenerative Prozesse der Nierenepithelien. — (Thèse de Paris, 1904.)

4. Bei zehn Aethernarkosen wurde in regelmäßigen Perioden vor, während und nach der Narkose die Menge des sezernierten Urins und die Höhe der Stickstoffausscheidung bestimmt. In allen Fällen sank während des Toleranzstadiums sowohl die Urinmenge (bis zu 36% der Norm), wie auch die Stickstoffausscheidung (bis zu 2·2% des Normalen); letztere war also praktisch fast gleich Null. Diese Sekretionsmüdigkeit der Nierenepithelien nimmt mit der Dauer der Narkose zu. Nach der Narkose steigen Urinsekretion und Stickstoffausscheidung wieder langsam an. Bemerkenswert ist, daß diejenigen Patienten, bei welchen das Ansteigen am meisten zögerte, auch am längsten nach der Narkose erbrachen. — (The British med. journ., Sept. 1905.)

5. Die Wirkung des Adrenalins vom Intestinaltraktus aus wurde durch direkte Gabe in das Duodenum von Kaninchen, durch zu diesem Zwecke angelegte Fisteln geprüft und es wurde gefunden, daß es so keine Wirkung auf den Blutdruck hat. Selbst das 10—100 fache der Dosen, die intravenös den Blutdruck schon bedeutend erhöhen, übt vom Darm aus keine Wirkung aus. Vf. hält die diesbezüglich mitgeteilten klinischen Erfahrungen für Illusionen. Subkutane und intraperitoneale Adrenalingaben erzeugen eine meßbare Blutdrucksteigerung erst in Dosen, die bereits lokale Gewebsschädigungen bedingen.

Ueber die Adrenalinwirkung bei Chloroformsynkope wurden die Versuche ebenfalls an Kaninchen angestellt. Es stellte sich heraus, daß bei stark durch die Narkose gesunkenem Blutdruck auch intravenöse Adrenalininjektionen keine Erhöhung und bessere Herztätigkeit mehr zu erreichen vermögen. Bei Chloralhydratvergiftung, die ja mit der Chloroformwirkung im wesentlichen zusammenfällt, kann intravenöse Adrenalingabe, kombiniert mit direkter Massage des Herzens, den Blutdruck wieder steigern; aber diese

Digitized by Google

Kombination ist praktisch ohne Wert und bei der Chloroformsynkope hebt sich die Herztätigkeit auch durch Adrenalin und Herzmassage im Tierversuche nicht wieder. — (Thèse de Genève, 1905.)

6. Die reine Skopolamin-Morphium-Narkose ist nach Whitacre gefährlich, ihre Anwendung für chirurgische Zwecke nicht zu rechtfertigen, da andere Methoden ungefährlicher sind. Dagegen wird die Kombination einer einmaligen Skopolamin-Morphium-Gabe mit Aether oder Chloroform sich einen dauernden Platz unter den Narkotisierungsmethoden sichern. Unter 2400 Skopolamin-Morphium-Narkosen wurden vier Todesfälle beobachtet, die mit größter Wahrscheinlichkeit auf das Skopolamin zurückzuführen sind; die Todesursache war Herzsynkope. — Im Tierexperiment verursacht das Skopolamin fettige Degeneration von Leber und Nieren. — (Medical Record, 13. Jänner 1906.)

7. Royster empfahl auf der Versammlung von Chirurgen und Gynäkologen der Südstaaten der amerikanischen Union im allgemeinen vor der Narkose Morphium-Skopolamin zu injizieren, die Narkose dann mit Chloräthyl einzuleiten und mit Aether fortzusetzen und zu Ende zu führen. Der präliminare Gebrauch von Skopolamin-Morphium mildert die psychische Erregung der Kranken und gestattet, mit einem Minimum des Narkotikums auszukommen; Chloräthyl gestattet eine rasche und angenehme Einleitung der Narkose; Aether ist zur Fortführung der Narkose ungefährlicher als Chloroform. — Auch bei dieser Methode sind schon Todesfälle beobachtet. — (Medical Record, 13. Jänner 1906.)

8. Skopolamin-Morphium-Injektion zum Zwecke der Erzielung einer vollständigen tiefen Narkose ist ein unzuverlässiges Verfahren. Stärke und Dauer der Wirkung sind starken individuellen Schwankungen unterworfen. Weder die Weite der Pupillen, noch die Steigerung der Pulsfrequenz können als Maß für das Ueberwiegen der Skopolaminwirkung (und für die Stärke der narkotischen Wirkung überhaupt) genommen werden. Beides ist ebenfalls individuellen Wirkungen stark unterworfen. Nach den Erfahrungen v. Niederhäuserns ist es überhaupt nicht möglich, durch Gaben, welche die Maximaldosen nur wenig überschreiten, eine vollständige Narkose, die zu operativen Zwecken genügte, zu erzeugen. Kleine Gaben, 5 dmg Skopalamin + 1 cg Morphium, $^1/_2$ Stunde vor der Aethernarkose injiziert, wirken ähnlich wie 1 mg Atropin + 1 cg Morphium auf den Verlauf der Aethernarkose: das Exzitationsstadium wird ganz unterdrückt oder doch stark herabgesetzt; es findet keine übermäßige, störende Salivation statt. Nach der Operation ist der Schlaf ein ruhiger und langer; postoperatives Erbrechen kommt fast nie vor. Bei Skopolamin-Morphium ist der Aetherverbrauch durchschnittlich etwas geringer als bei Atropin-Morphium, und der postoperative Schlaf vielleicht etwas länger. — (Dissert., Bern 1905.)

9. Nachdem Claude Bernard den Gebrauch des Morphiums vor der Narkose eingeführt hatte, erkannte man auch bald die ihm dabei anhaftenden Nachteile: Depression des Nervensystems und Störung des Atemmechanismus, insbesondere der Exspiration. Man kombinierte es deshalb mit dem Atropin, welches neben seiner vaso-konstriktiven Wirkung die Eigenschaft hat, den Nervus pneumogastricus zu lähmen und so die Gefahr der Herzsynkope zu vermeiden. Gewöhnliche Dosis 0·015—0·02 Morph., 0·001 Atropin in subkutaner Injektion 15 Minuten vor Beginn der Narkose. Nach der Erfahrung Tuffiers fehlt stets das Exzitationsstadium, die Narkose ist ruhig und tief. Beunruhigt war Tuffier immer durch die große Schwäche der Kranken nach der Injektion, so daß 2—3 g Chloroform tiefe Narkose herbeiführten, die Leute lagen da, „wie von einem Keulenschlag getroffen". Eigentliche Nachteile hat er nie gesehen, höchstens etwas verspätetes Erwachen nach der Narkose. Trotzdem widerrät er den Gebrauch der Methode wegen der absoluten Reaktionslosigkeit und Prostration aller Organe nach der Injektion. (Ref. hat die Methode in einer sehr großen Anzahl von Fällen ohne irgend einen Nachteil anwenden sehen;

Digitized by Google

zu rühmen sind an ihr der geringe Chloroformverbrauch und die ruhige Gleichmäßigkeit der Narkose.) — (Revue française de médecine et de chirurgie, Nr. 36, 1905.)

10. Roith hat die kombinierte Morphium-Skopolamin-Chloroform-Narkose in 230 Fällen angewandt und kommt zu dem Resultat, daß die Methode gefahrlos ist und gute Resultate gibt, wenn man nach dem Vorgang von Korff und Kümmell nur kleine Hyoszindosen gibt. Man verabreicht entweder 0·5 mg Hyoszin + 1·0—1·5 cg Morphium $^1/_2$—1 Stunde vor der Operation oder aber, wenn man Zeit hat, 0·3—0·4 mg Hyoszin + 1·0 cg Morphin zirka $1^1/_2$ und $^1/_2$ Stunde vor der Operation. Der Chloroformverbrauch während der Operation ist sehr gering (im Mittel 15·3 g Chloroform pro Stunde); in 10%, hauptsächlich bei alten Leuten, kommt man ohne weiteres Narkotikum aus. Die postnarkotischen Bronchitiden und Pneumonien werden durch die sekretionshemmende Wirkung des Hyoszins vermindert. Wichtig ist die Ausschaltung von Sinneseindrücken nach der Injektion, um ihre Wirkung möglichst zur Geltung kommen zu lassen (ein mit Oel getränkter Wattepfropf kommt in den Gehörgang). Man darf nicht bis zum Verschwinden der Reflexe narkotisieren, da die Toleranz früher eintritt. Nach der Operation gibt man $1^1/_2$—2 l Kochsalzinfusion zur Anregung der Nierentätigkeit. — Wichtig ist es, immer frische Lösungen zu verwenden. Vf. empfiehlt die Methode wegen ihrer Leistungsfähigkeit auch für die Landpraxis. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1905.)

11. Die Arbeit Dietzes ist unter Leitung Prof. H. Brauns, des bekannten Narkoseforschers, entstanden.

Das analgetische Stadium, wie es bei jeder Narkose im Beginn nach den ersten Atemzügen sich einstellt, ist eine wertvolle Bereicherung der Anästhesierungsmethoden. Dieses Stadium ist eine konstante Phase der Narkose und besteht in vollkommener Anästhesie bei erhaltenem Bewußtsein. Der Narkotiseur kann durch kleine Weitergaben des Narkotikums beliebig lange die Schmerzlosigkeit ausdehnen, wobei er sich durch Unterhaltung mit dem Kranken eine Kontrolle verschafft, ob das Bewußtsein zu schwinden droht; die Verwendung des Aethers ist besonders zu empfehlen, der, mittels einer offenen Maske zugeführt, vermöge seiner langsamen Wirkung zum Festhalten der Inhalationsanalgesie sich eignet. Erleichtert wird die Erzeugung der Schmerzlosigkeit durch vorhergehende Morphiumverabreichung. Der Hauptvorteil dieser Methode liegt in der Verringerung des einzuatmenden Quantums eines Betäubungsmittels zur Erzeugung völliger Schmerzlosigkeit. Sie stellt bei Verwendung von Aether eine durchaus gefahrlose Methode dar, da Neben- und Nachwirkungen der Allgemeinnarkose nur selten und in geringem Maße beobachtet werden. Die üblen Zufälle der kompletten Narkose haften nur konzentrierten Dämpfen eines Narkotikums an, solche finden aber bei der Inhalationsanalgesie keine Verwendung. Die Frühnarkose bietet dem praktischen Arzt die Möglichkeit, ohne Hilfe zu narkotisieren und zu operieren. Nicht empfehlenswert erscheint die Anwendung der Methode bei sehr nervösen Personen und bei Potatoren. Das Fehlschlagen kann die Einleitung der kompletten Narkose notwendig machen. Die Verwendbarkeit der Methode erstreckt sich auf kleine und mittelgroße Operationen, sie ist immer am Platze, wenn die Lokalanästhesie Schwierigkeiten macht und die Narkose aus bestimmten Gründen vermieden werden soll. — (Dissert., Leipzig 1905.)

12. Der Arzt soll jeglichen Schmerz, auch bei den kleinsten Eingriffen, vermeiden, schon deswegen, um viel Unheil, das durch Verschleppung oder Unterlassung seitens den Schmerz scheuender Patienten angerichtet wird, zu verhüten. Technische Schwierigkeiten, die Anästhesie in allen Körperregionen durchzuführen, bestehen nicht mehr. Zur Vorth berichtet über seine Erfahrungen, die er bei ungefähr 120 Aetherräuschen und 100 „Leitungsanästhesien" gewonnen hat.

Der Aetherrausch ist die einfachste, absolut ungefährliche Methode, die von jedem Ungeschulten unter Aufsicht des Arztes ausgeübt werden kann. Leere des

Digitized by Google

Magens ist nicht notwendig, da nur bei 10% der Aetherberauschten Erbrechen auftritt, und da auch erst, wenn der Patient wieder den Gebrauch seiner Sinne hat. Zur Vorth gibt jedem zu Berauschenden $^1/_2$ Stunde vor dem Rausch 0·01 Morphium subkutan, da der Patient dann vor und nach der Operation ruhiger und zufriedener ist, und da der Rausch durch die Morphiumwirkung verlängert wird. Jede Chloroform- und Aethermaske ist zur Ausführung brauchbar, man braucht etwa 30 g Aether. Nach 3—4 Atemzügen tritt der 5—10 Minuten dauernde Rausch ein, der unter Morphiumwirkung bis zu 20 Minuten hinausgedehnt werden kann. Der Aether braucht nicht chemisch rein zu sein, muß aber auf einmal auf die Maske gegeben und sofort tief eingeatmet werden. Todesfälle im oder Lungenerkrankungen nach dem Aetherrausch sind nicht bekannt; der Aetherrausch ist bei allen den Fällen anzuwenden, bei denen die lokale Anästhesie Schwierigkeiten bietet, ferner bei größeren Eingriffen in Verbindung mit Leitungsanästhesie, wenn Patient eine Narkose nicht verträgt. Zur Vorth betrachtet als Domäne des Aetherrausches: Periproktitische Entzündungen, Mastdarmfisteln, Hämorrhoiden, Phlegmonen, Furunkel, kleine Hautplastiken, Exartikulationen der Zehen und Finger, Rippenresektionen, Drüsenabszesse in Leiste und Achselhöhle, Zahnextraktionen, leicht zugängliche perityphlitische Abszesse, Krampfaderoperationen in Verbindung mit Lokalanästhesie, Einrenken von Luxationen u. a. m., besonders auch schmerzhaften Wechsel größerer Verbände.

Zur Infiltrationsanästhesie nach Schleich braucht man eine gute Pravaz-Spritze von 10 cm^3 Fassungsvermögen und eine Kokainlösung 0·1 : 100; Morphiumzusatz hält zur Vorth für überflüssig, oft sogar für schädlich, dagegen ist der Zusatz von Nebennierenpräparaten oft sehr erwünscht; 3—5 Tropfen der käuflichen Suprareninlösung (deutsches Fabrikat), $^1/_{1000}$ auf die ganze Menge der Kokainlösung, genügen. Sehr brauchbar sind die von Pohl in Schönbaum hergestellten Tabletten, die aus 0·01 Kokain, 0·00013 Suprareninum boric. und 0·009 Kochsalz bestehen; diese sind, um die angegebene Konzentration zu erreichen, zunächst in 1 g sterilem Wasser zu lösen und dann mit 9 g steriler Kochsalzlösung zu versetzen. Jeder zu anästhesierende Gewebsteil bedarf der Infiltration, es darf nur der erste Einstich vom Patienten empfunden werden. Zur Anästhesierung entzündlich veränderter Gewebe eignet sich die Infiltrationsanästhesie im allgemeinen nicht. Für Infiltrationsanästhesie kommen in Betracht: Exstirpation kleiner Geschwülste (Atherome, Fibrome, Lipome), einzelner Drüsen und Narben, Krampfaderoperationen und sogar Laparotomien bei Fällen, bei denen die Narkose vermieden werden muß.

Die Leitungsanästhesie nach Oberst, Hackenbruch und Braun wirkt dadurch, daß sie die Leitungsfähigkeit der Nerven unterbricht. Eine $^1/_2$—1%ige Kokainlösung ist in den Gefühlsnerven der betreffenden Region selbst oder in dessen nächste Umgebung zu spritzen, bei Extremitäten ist vorher, besonders an Fingern und Zehen, abzuschnüren. An Fingern verfährt zur Vorth so, daß er nach Abschnürung von der Rückseite neben dem Knochen einsticht und $^1/_4$ g einer einprozentigen Kokain-Kochsalzlösung zwischen Haut und Knochen deponiert, dann ohne herauszugehen bis zur Beugeseite durchsticht und dort ein weiteres $^1/_4$ g hinbringt, dann die Nadel herauszieht und dasselbe wiederholt von der anderen Seite des Knochens. 1 g der Lösung genügt, in 5—8 Minuten tritt Anästhesie peripher von der Abschnürung ein. Die Hackenbruchsche Methode der Leitungsanästhesie umgibt das Operationsgebiet rautenförmig mit subkutanen Depots und setzt so eine Anästhesie des innerhalb der eingespritzten Figur liegenden Gebietes. Diese Methode eignet sich besonders, kombiniert mit Infiltrationsanästhesie, zur Exstirpation größerer benigner Tumoren. Die Braunsche Methode der Leitungsanästhesie unterbricht die Empfindung da, wo die Nervenbahnen aus den Endapparaten gesammelt, sich erst zu kleinen Bündeln vereint haben. Man wendet dazu eine

Digitized by Google

1%ige Kokainlösung mit Suprareninzusatz an, bei Extremitäten in Verbindung mit „heißer" Stauung (Bier). Bei der Phimosenoperation anästhesiert man nach Braun, indem man, ohne Abschnürung des Gliedes, bei völlig vorgezogener Vorhaut zentral der Rinne eine Kokain-Suprareninlösung injiziert, indem man zweimal an der Dorsalseite und einmal an der unteren Seite einsticht und so ringförmig an der unteren Seite einen zur Spitze hinweisenden Winkel bildet. Am Unterschenkel kann man vollkommene Anästhesie erreichen, indem man einen Streifen von der Tuberositas tibiae bis über die Sehne des M. biceps injiziert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

13. Bier beansprucht dem Amerikaner Corning gegenüber die Priorität der Rückenmarksanästhesie. Corning machte seine Injektionen von Kokainlösungen in den Rückenmarkskanal zwar früher als Bier, aber nur zu therapeutischen Zwecken und mit anderer Technik; Corning ließ z. B. vor der Injektion nicht Liquor cerebrospinalis ablaufen. Bier machte seine ersten Versuche mit Rückenmarksanästhesie im Jahre 1898, während Corning 1894 in seinem Buche „Painx" von Fällen berichtet, bei denen er die vom Rückenmark ausgehenden Schmerzen durch Kokaininjektion in den Lumbalkanal stillte; Bier war der erste, der unter Rückenmarksanästhesie operierte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1906.)

14. Fritz König veröffentlicht einen Fall von bleibender Rückenmarkslähmung nach Lumbalanästhesie. Ein Mann von 35 Jahren erlitt durch Sturz in betrunkenem Zustand einen Kniescheibenbruch; nach 7 Tagen wird dieser unter Rückenmarksanästhesie, erzeugt durch Injektion von 0·06 Stovain Riedel, genäht. Von der Injektion an bestand bleibende komplette Lähmung vom Nabel abwärts, bis nach 3 Monaten der Tod eintrat. Der Liquor cerebrospinalis, der vor der Injektion abgelassen wurde, war leicht rosa gefärbt; daraus schließt K., daß vielleicht durch den Unfall schon das Rückenmark beschädigt war und das toxisch wirkende Stovain hier einen Locus minoris resistentiae fand. Eine Infektion ist ausgeschlossen, da die am 7. und am 12. Tage nach der Operation vorgenommenen Lumbalpunktionen sterile Flüssigkeit ergaben. Bei der 19 Stunden post mortem vorgenommenen Sektion zeigte sich die Oberfläche des Rückenmarks etwa vom neunten Wirbel abwärts an der Dura adhärent; das Rückenmark selbst, in den oberen Teilen fest und normal, war in der Brust und im Lendenteil erweicht, so daß es unten eiterähnlich vom Querschnitt floß. Vf. warnt davor, bei der entferntesten Möglichkeit einer Rückenmarksläsion Lumbalanästhesie anzuwenden. Das Anästhetikum ist nur dann zu injizieren, wenn klarer Liquor sprudelnd hervorkommt, und zwar verwendet K. das Stovain Billon, das in der geringsten Flüssigkeitsmenge die erforderliche Dosis enthält. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1906.)

15. Roeder berichtet über zwei Fälle, die unter Lumbalanästhesie mittels 0·04 Stovain mit 0·00013 Epirenan operiert wurden, und bei denen am zwölften Tage nach der Operation linksseitige Abduzenslähmung auftrat, die später wieder zurückging. Vf. führt die Lähmung auf die toxische Wirkung des Stovains zurück, da eine andere Ursache nicht nachzuweisen ist. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1906.)

16. Das Verfahren, über welches Peukert berichtet, besteht darin, daß zirka $2^1/_2$—3 Stunden vor der Operation in einstündigem Intervall je eine Spritze Morphium 0·01 + Skopolamin 0·0003 injiziert wird. Die Gesamtdosis des Morphiums beträgt meist 0·02, des Skopolamins 0·0006. Die Patientinnen werden tags vorher desinfiziert und vorbereitet, in das vor äußerem Lärm und hellem Licht geschützte Narkosezimmer gelegt und ihnen Antiphone in den äußeren Gehörgang gesteckt. Nach Desinfektion der unteren Rückenhälfte wird dann in sitzender Stellung unter Chloräthylspray zwischen dem ersten und zweiten Lendenwirbel in der Mittellinie oder $^1/_2$ cm seitlich mit der Bierschen Nadel eingestochen. Die herausgeflossenen Tropfen Liquor cerebrospinalis werden mit der mit Stovain-Suprarenin gefüllten Spritze

Digitized by Google

angesaugt und das Gemisch dann langsam injiziert. Meist wird 1 Tube der Billonschen Lösung gegeben, bei länger andauernden Operationen $1^1/_4$—$1^1/_2$. In der Klinik Kroenig wurden 40 Operationen, die teilweise der Geburtshilfe angehören, in dieser Weise ausgeführt. Ferner waren darunter 16 Laparotomien und sonstige größere Operationen.

Absolutes Fehlen des Schmerzgefühls neben dem Ausbleiben der leider sonst so häufig auftretenden postoperativen Bronchitiden und des Erbrechens bilden die wohl besonders hervorzuhebenden Vorteile der neuen Methode. Die Gefahr des Shoks und die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Körpers, die so oft nach Inhalationsnarkosen beobachtet wurden, treten ebenfalls in den Hintergrund.

Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden viermal stärkere Kopfschmerzen am zweiten, fünften und zehnten Tag beobachtet, die bis zu vier Tagen anhielten, achtmal leichtere Kopfschmerzen, zweimal vorübergehende geringe Schwerhörigkeit.

Im großen ganzen ist das Verfahren also zu empfehlen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1906.)

17. Die kurze Mitteilung Preindlsbergers soll dartun, daß das Stovain dem Tropakokain, sowohl was Wirksamkeit, wie was Folgeerscheinungen anbetrifft, nicht überlegen ist. Preindlsberger stützt seine Ansicht auf 30 Fälle von Stovain- und 28 Fälle von Tropakokain-Anwendung, die exakt beobachtet wurden. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 2, 1906.)

18. Opitz hat in 25 Fällen das Verfahren angewendet, 18mal mit vollständigem Erfolg, die anderen Male teils ohne Erfolg, worauf dann Aethernarkose angewendet wurde, teils mit ungenügendem. Meist wurde 5%ige Novokainlösung mit einem Zusatz von Suprarenin genommen. Für Daueroperationen genügten 2 cm^3, für Laparotomien empfiehlt es sich, 3 cm^3 zu nehmen. Zuerst wurde die im zugeschmolzenen Kölbchen in den Handel gebrachte Lösung verwendet, später die Lösung aus Tabletten hergestellt, und zwar werden dieselben mit sterilem Wasser einmal aufgekocht. Sicherer sei aber die Anwendung der fertigen Lösung. Die Kranken fühlten sich nach der Operation sehr viel wohler, als man sie sonst nach Allgemeinnarkose zu sehen pflegt. Kopfschmerzen kamen nur einmal vor, dauerten dann aber allerdings sehr stark acht Tage lang, doch ist dies nicht dem Verfahren, sondern dem Umstande zuzuschreiben, daß der Vf. nach dem Einstechen der Hohlnadel sehr viel Liquor cerebrospinalis abfließen ließ. Quälendes Erbrechen wurde öfters beobachtet. Die genügende Unempfindlichkeit trat nach 6—12 Minuten ein und die Dauer der Anästhesie wechselte zwischen 40 Minuten und mehreren Stunden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1906.)

Ueber die Nervennaht. Von Fritz Daumann. Ref. Klar, München.

Im Krankenhaus „Bergmannstrost" in Halle (dirig. Arzt Prof. Oberst) wurden 17 Nervennähte vorgenommen, darunter zwei Plastiken. Nicht der Befund der Sensibilität, sondern der der Motilität gibt nach Schnennaht das richtige Maß für die Beurteilung des Endresultats, und zwar wegen der „sensibilité supplée" Létiévants. Dreimal wurde der Nervus radialis, siebenmal der Nervus ulnaris, zweimal der Nervus medianus, zweimal die Nervus medianis und ulnaris, einmal der Nervus peroneus genäht, bei zwei Fällen wurde Plastik des Nervus ulnaris gemacht. In elf Fällen wurde primär, bei sechs sekundär operiert. Sieben Fälle konnten kritisch nachuntersucht werden, von diesen erwiesen sich fünf als erfolgreich. — (Dissert., Halle 1906.)

Die moderne chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Ali Krogius. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

So lange die Gallensteinkrankheit einen normalen oder regulären Verlauf nimmt, d. h. so lange nur periodische, typische Gallensteinanfälle durch Steindurchtritt auftreten, nach deren Aufhören wieder ein vollständiger Latenzzustand eintritt, liegt kein zwingender Grund für eine andere als eine interne Behandlung vor. Nur wenn solche Anfälle so rasch nacheinander auf-

Digitized by Google

treten und so heftig sind, daß sie wesentlich des Patienten Lebenslust und Erwerbsvermögen stören, ist auch hier ein operativer Eingriff indiziert. — Ganz anders sind die Indikationen für einen solchen Eingriff bei der irregulären Form der Cholelithiasis zu stellen. Durch Hinzutritt entzündlicher Erscheinungen werden nicht nur die Beschwerden schwerer und kontinuierlicher, sondern es treten oft lebensgefährliche Komplikationen auf. Schon die erste akute Cholezystitisattacke kann einen so schweren Verlauf nehmen, daß sofortige Operation während des Anfalls nötig werden kann; es kann nämlich wie bei schwerer Appendizitis bei ganz akuter Entzündung der Gallenblase zur Wundgangrän kommen mit Perforation in die Bauchhöhle und Peritonitis. Und auch wenn der erste Anfall glücklich überstanden ist, besteht in der Regel ein chronischer Entzündungszustand, eine Cholecystitis chronica ulcerosa, weiter, die große Neigung zu akuten Nachschüben besitzt und so zu immer neuen Cholezystitisanfällen führt. Kommt dazu eine Verstopfung des Zystikus durch einen Stein, so füllt sich die Blase mit eitriger Flüssigkeit und es entsteht ein sogenanntes chronisches Empyem der Gallenblase, unter allen Umständen eine schmerzhafte und gefährliche Krankheit. Und wenn schließlich bei einem Patienten mit infizierten Gallenwegen ein chronischer Verschluß des Choledochus durch einen Stein zustande kommt, so besteht nicht nur die Gefahr eines chronischen Ikterus, sondern auch einer aufsteigenden Entzündung des Hepatikus und der feineren Gallengänge. In allen diesen Fällen kann natürlich nur die chirurgische Behandlung wirksame Hilfe bringen.

Die operative Behandlung des Cholelithiasis muß also als absolut indiziert angesehen werden in folgenden Fällen: 1. bei akuter infektiöser Cholezystitis, bei sehr schwerem Verlauf oder wenn die Symptome nicht in drei Wochen spontan schwinden; 2. bei rezidivierender Cholezystitis, bei häufigen Anfällen, und wenn auch in der anfallfreien Zeit Druckschmerz an der Blase besteht; 3. bei chronischen Empyemen der Blase; 4. bei chronischem Choledochusverschluß; ist keine Gefahr im Verzug (Schüttelfröste!), wartet man zweckmäßig zirka 2 Monate zu; 5. bei allen eitrigen Prozessen in der Umgebung der Gallenblase und in der Leber.

Relativ indiziert ist die Operation: 1. bei Hydrops der Gallenblase (Zystikusverschluß ohne entzündliche Symptome); man kann abwarten, so lange die Beschwerden unbedeutend sind; 2. bei der chronischen rezidivierenden Cholelithiasis.

Als die ideale Operation ist die Cholezystektomie zu betrachten, von der vier Fälle ausführlich mitgeteilt werden. — (Finska läkaresällsk. handl., Mai 1906.)

Die chirurgische Behandlung des Aszites bei Leberzirrhose. Von Austin O' Malley, Philadelphia. Ref. A. Haas, München.

O'Malley bespricht zunächst die verschiedenen Theorien über die Entstehung des Aszites bei der Leberzirrhose und gelangt zum Schlusse, daß uns die exakte Erklärung hiefür noch fehlt. Da bei Tieren die Unterbindung der Pfortader Aszites nicht hervorruft, so ist es unwahrscheinlich, daß Pfortaderverschluß allein die Ursache ist.

Therapeutisch bemerkenswert ist, daß die Fixation des großen Netzes und der Milz oder beider an der vorderen Bauchwand nach der Statistik von Lejars in zirka ein Drittel der Fälle durch Herstellung eines Kollateralkreislaufes den Aszites beseitigt und so dieses für die Kranken lästigste Symptom entfernt. Schiassi in Bologna hat die Operation mit besonders guten Resultaten vorgenommen; ein Fall dieses Autors ist jetzt über sechs Jahre seit der Operation beschwerdefrei. Zur Ausführung des in Deutschland unter dem Namen der Talmaschen Operation bekannten Eingriffes empfiehlt Vf. am meisten die Technik, die Schiassi vorgeschlagen hat: Winkelschnitt, erst steigend am linken äußeren Rektusrand, dann quer im rechten Winkel, vom vorigen abgehend bis auf die rechte Seite hinüber, etwa 7 Zoll vom Rippenbogen entfernt. Nach Ablassung des Transsudats wird das Peritoneum parietale durch einen

Digitized by Google

dem medialen Anteil des horizontalen Schnittes entsprechenden Schlitz vorgezogen und mit dem Peritoneum parietale vernäht. In den senkrechten, lateralen Anteil des Schnittes wird die Milz eingenäht, nachdem auf ihren oberen und unteren Pol ein Gazetampon gelegt wurde.

Jedenfalls wird man vor Ausführung der Operation stets den Allgemeinzustand der Kranken zu berücksichtigen haben und insbesondere von derselben Abstand nehmen, wenn zugleich eine Schrumpfniere besteht. — (American Journ. of the Med. Sciences, Mai 1906.)

Die beim postoperativen Ileus wirksamen mechanischen Momente. Von Prof. Wilms, Leipzig. Ref. G. Wiener, München.

In einem in der chirurgischen Sektion auf der Naturforscherversammlung in Meran gehaltenen Vortrag vertritt der Vf. die Ansicht, daß im Gegensatz zu dem postoperativen Ileus, in dem große Teile des Dünndarms oder dieser ganz gelähmt sind, bei der Lähmung kürzerer Darmstrecken ein mechanisches Moment dazukommt. Es können durch Zerrungen, Lähmungen und Knickungen des Darmes im Bereich der gelähmten Schlinge Verschlüsse auftreten, die im Sinne eines Ventilverschlusses bei starker Füllung des zuführenden Rohres wirksam sind. Er empfiehlt daher das Anlegen einer Darmfistel, wobei durch die Darmentleerung das Zurückgehen der partiellen Darmlähmung begünstigt wird und die Ursache des Ventilverschlusses wegfällt. Solche Fisteln heilen meist sehr rasch spontan. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1906.)

Gynäkologie.

Beitrag zur Behandlung von Adnexkrankheiten. Von Dr. Siegmund Krausz, Baden. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. bespricht die Wirkungen der Balneotherapie bei Adnexerkrankungen, inklusive der Moorbäder, und zwar mit besonderer Berücksichtigung der Badener Thermen. Das Punctum saliens sei, genau die richtige Temperatur zu treffen, denn je näher der Zustand noch dem akuten Stadium ist, desto weniger vertrage er Wärme. Die untere Grenze liege bei 24—26° R.

Es sei sehr möglich, daß ein großer Teil der günstigen Wirkung der Badener Thermen in ihrem Gehalte an schwefelsauren Salzen liege. Doch könne auch der starke Gasgehalt des Bades, sowie die aufsteigenden Quellgase (Kohlensäure und Schwefelwasserstoffe) oder der hohe Radiumgehalt die erwünschte Wirkung hervorbringen. Eine Hauptursache sei aber sicher die Niedrigkeit und Gleichmäßigkeit der Temperatur, die beide weder in Wannen- noch in Sitzbädern erreichbar sind, weshalb der Vf. die Bassinbäder warm befürwortet. Habe das Bad nur $^1/_5$° mehr Wärme, als für den Fall zuträglich ist, so reagiere die Patientin sofort mit leichten Fiebererscheinungen. Es soll also nicht mit den kühlsten Bädern, den Johannes- oder Ferdinandsbädern, begonnen werden, sondern man soll erst etwas wärmere, das Herzogs- oder Franzensbad, wählen. Doch darf höchstens 15 Minuten gebadet, und es sollen dabei regelmäßige Temperaturmessungen durch den Arzt selbst vorgenommen werden. Bei Steigerung auf 37° soll sofort ausgesetzt werden. Wird dann auch das wärmste Bad, das Frauen- oder Karolinenbad, ohne Reaktion vertragen, so kann der Fall mit Lokalmitteln, wie Massage oder Belastung, behandelt oder in ein Moorbad dirigiert werden. Allerdings wird man die meisten Fälle in ein bis zwei Kurperioden kaum über ein mittleres Bad, etwa das Josefsbad mit 28°, bringen. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 8, 1906.)

Zur Prophylaxe der „Katheterzystitis". Von Dr. W. Paul Richter, Stettin. Ref. G. Wiener, München.

Im Anschluß an den im Zentralblatt publizierten Katheter Gersunys beschreibt der Vf. einen von ihm konstruierten weiblichen Blasenspülkatheter, der seit vier Jahren von der Firma Evens & Pistor in Cassel fabriziert wird. Die Beschreibung und Abbildung ist im Original nachzusehen. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 17, 1906.)

Digitized by Google

Zur Technik der Bierschen Hyperämie für die Behandlung der Mastitis, nebst voriäufigen Bemerkungen über die Anwendung derselben zur Anregung der Milchsekretion. Von Dr. Leopold Moll in Prag. Ref. G. Wiener, München.

Das Verfahren besteht darin, daß zum Evakuieren der Mastitisglocke keine Spritze oder Saugpumpe, sondern eine kleine Wasserstrahlluftpumpe benützt wird. Der Vf. hat die Biersche Hyperämie in der Klinik Epstein nicht nur bei der Mastitis, sondern auch bei mangelnder Milchsekretion der Mamma bei milcharmen Ammen angewendet. Er ging dabei von der Idee aus, daß eine gesteigerte Blutfülle die Drüsentätigkeit anregen könne. Die ersten Versuche waren zufriedenstellend; die Glocke wurde dabei zwei- bis dreimal täglich eine Stunde lang an die Brust angeheftet. Eine gute Illustration veranschaulicht das Verfahren. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1906.)

Uterusblutungen. Von Dr. Ernst Runge, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Bei starken Menstruationsblutungen verordnet der Vf. Bettruhe, Extract. Hydrast. canadens. fluid., dreimal täglich 20—30 Tropfen (auch während der Menses, 2—3 Monate lang ununterbrochen) oder Extract. Niburn. pruniflor. fluid., ½—1 Teelöffel dreimal täglich, außerdem Aetzungen der Uterusschleimhaut mit Formalin oder Tinct. Jodi oder heiße Uterusspülungen mit Jodwasser (Aq. dest. 1000·0, Tinct. Jodi 10·0). Ein neueres Verfahren sei die Biersche Stauung, doch seien die Akten über dieselbe noch nicht geschlossen. Sind starke Menstruationsblutungen mit Retroflexio uteri verbunden, so hilft oft die Anlegung eines Pessars.

Bei unregelmäßigen Blutungen zur Zeit der Menopause sei das Stagnin und besonders das Paranephrin warm zu empfehlen. Von ersterem wird mittels der Pravaz-Spritze 1 cm³ intramuskulär in die Glutaeen injiziert. Steht die Blutung nicht, so wird die Injektion am nächsten Tag mit zwei Spritzen wiederholt. Mit dem Paranephrin wird ein mit Watte umwickeltes Sängersches Stäbchen durchtränkt, das 1—2 Minuten im Uterus liegen bleibt (1 : 1000, Merck). Die Erfolge sind zwar prompte, aber doch nur vorübergehende, und das Verfahren muß meistens nach 4—8 Wochen wiederholt werden.

Ein Hauptmittel bei Blutungen ist natürlich die Kurettage. Hilft jedoch auch diese nicht, so sind Eingriffe nötig, welche die Uterusschleimhaut dauernd beseitigen. Dazu gehört die Vaporisation des Uterus nach Pinkus, sowie die Obliteratio uteri totalis, und als radikalstes Mittel die vaginale Totalexstirpation. Diese Eingriffe sollen jedoch womöglich nicht bei Frauen in voller Geschlechtsreife vorgenommen werden.

Bei Blutungen bei drohendem Abort ist neben absoluter Bettruhe Extract. Hydrast. canadens. fluid. mit Tinct. op. spl. (6 : 1, täglich 30 Tropfen) zu empfehlen. Bei Blutungen im Wochenbett verordne man heiße Scheidenspülungen von 50° C. und ein Sekalepräparat. Sollten die Blutungen nach 1—2 Tagen nicht sistieren, so ist zu kurettieren.

Werden die Blutungen durch vom Uterus ausgehende Tumoren veranlaßt, so ist je nach der Art derselben operativ einzuschreiten.

Bei Verdacht auf maligne Neubildungen (Karzinom, Sarkom, Chorionepitheliom) ist selbstverständlich zu kurettieren und mikroskopisch zu untersuchen, um eventuell sofort operieren zu können. Ist die mikroskopische Untersuchung negativ, sind derartige Frauen noch längere Zeit zu beobachten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Ueber die Gefahren der Atmokausis und Zestokausis. Von Dr. L. Pinkus, Danzig. Ref. Buxbaum, Wien.

Alle malignen Fälle sind von der Atmokausis auszuschließen. Die Kombination der Kurettage mit der Atmokausis verringert die Gefahren; sie ist im Klimakterium als Regel, im produktiven Alter der Frau als Ausnahme anzusehen. Das Uteruskavum muß absolut leer sein und weder Tumoren, Ei- und Plazentareste, noch Gerinnsel, Schleim oder Flüssigkeit darf enthalten sein. Die Zestokausis ist eine wertvolle komplementäre Heil-

Digitized by Google

methode der Atmokausis. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 13, 1906.)

Geburtshilfe.

Zur Diagnose und Theraphie der Extrauteringravidität. Von Dr. Robbers, Gelsenkirchen. Ref. G. Wiener, München.

Die Diagnosenstellung gründet sich auf das unzweifelhafte Vorhandensein von Schwangerschaftsanzeichen bei leerem Uterus. (Die näheren diagnostischen Anzeichen werden ausführlich besprochen.)

Die Frage, ob die Extrauteringravidität in allen Fällen operiert werden soll, wird unbedingt bejaht, dort, wo es sich um akute Blutungen und noch nicht abgestorbene Frucht in den ersten Monaten handelt. Die Operation ist notwendig, weil 1. die Resorption größerer Blutergüsse lange dauert; 2. die kranke Seite entfernt und wenn nötig, auf der gesunden die erforderliche plastische Korrektur angebracht wird; 3. eventuell der Möglichkeit einer Wiederholung der Extrauteringravidität vorgebeugt und 4. durch eine frühzeitige Operation die von der schwangeren Tuba und Hämatokele ausgehende Peritonitis und die Verjauchung der Frucht vermieden wird. Diesen Gründen gegenüber wird allerdings geltend gemacht, daß 1. bei korrekter Abwartung der Extrauteringravidität nach Absterben der Frucht in früher Zeit fast mit Sicherheit eine Ausheilung zu erwarten ist und daß 2. das nicht operative Heilverfahren fast noch lebensgefährlicher sei als das operative. Zur Entscheidung darüber, was mehr leiste, das operative oder konservative Verfahren, führt der Vf. seine eigenen Erfahrungen an. Er hat 57 Fälle ohne Todesfall operiert, mit einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 15 Tagen und einer ausnahmslos ungestörten Rekonvaleszenz. Bei der konservativen Behandlung sei die Heilungsdauer länger und die damit verbundenen Beschwerden der Frauen seien viel größer. Als Operationsmethode sei der Kolpotomie die Laparotomie vorzuziehen, da sie übersichtlichere Verhältnisse schafft; das Idealverfahren bei ausgetragenem Kinde ist die Ausschälung des Fruchtsackes und der Plazenta. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 26, 1905.)

Hüftgelenkserkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett. Von Dr. Adolf Silberstein, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Vf. bestreitet die Ansicht Pacis, daß die Hüftgelenkserkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett eine selbständige Erkrankung seien. Nach seinen Erfahrungen gibt es eine Coxitis puerperalis im Sinne Pacis überhaupt nicht, sondern es wird bei sorgsamer Betrachtung jedes einzelnen Falles stets gelingen, ihn in der einen oder anderen Gruppe der bekannten Formen der Koxitiden unterzubringen.

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird nur bei tuberkulöser Koxitis angeraten. Wenn es sich um Erscheinungen des akuten Gelenksrheumatismus handelt, sollen die gebräuchlichen Salizylpräparate angewendet werden. Ferner seien vorsichtig Massage und passive Bewegungen zu probieren, auch hydrotherapeutische Maßnahmen seien am Platze. Die gonorrhoische Form erfordert vollständige Ruhigstellung durch Gewichtsextension oder, wenn dieselbe nicht vertragen wird, durch Gipsverband. Bei nachweisbarem Exsudat in frischen Fällen empfiehlt sich die Punktion, verbunden mit Ausspülungen mit schwachen antiseptischen Lösungen. Bei eitrigem Exsudat ist die Eröffnung des Gelenks indiziert. Beginnende Ankylosenbildung ist nach allgemeinen Regeln energisch zu bekämpfen.

Die tuberkulöse Form erfordert gleichfalls Ruhigstellung durch Gewichtsextension bezw. Gipsverband, der später durch den Hessingschen Schienenhülsenapparat mit festem Beckengürtel ersetzt werden kann. Bei Abszessen in der Umgebung des Hüftgelenks sind Injektionen von Jodoformglyzerin anzuwenden, bei eitriger pyämischer Koxitis Inzisionen, und genügen diese nicht, ist die Resektion vorzunehmen. — (Zeitschr. f. orthopäd. Chir., Bd. 15, H. 1.)

Digitized by Google

Zur Kenntnis und Beurteilung des kriminellen Aborts. Von Privatdozent Dr. Schickele, Straßburg i. E. Ref. G. Wiener, München.

Es gibt charakteristische Merkmale, welche den Verdacht auf kriminelle Unterbrechung der Schwangerschaft hervorrufen können. Dieselben bestehen in folgendem:

1. Finden sich manchmal an den äußeren Genitalien oder der Scheide, an der Portio oder im Zervixkanal Verletzungen, die frisch sind und von spitzen oder schneidenden Instrumenten herrühren und bei denen ein ärztlicher Eingriff ausgeschlossen ist.

2. Gibt es Fälle, wo der Fötus abgeht, ohne daß Wehen oder Blutungen aufgetreten sind. Der Vf. ist der Ansicht, daß keine pathologische Veränderung der Eihäute (und auf diese komme es ja an) eine spontane Berstung der Fruchtblase ohne äußere Einwirkung erklären könne.

3. Verletzungen der Frucht ohne digitalen oder instrumentellen therapeutischen Eingriff von Seiten der Hebamme oder des Arztes weisen auf instrumentelle Fruchtabtreibungsversuche hin.

4. Tritt während oder gleich nach einer Fehlgeburt eine schwere, von den Genitalien ausgehende Infektion ein, die rasch zum Tode führt, so ist der Verdacht auf einen Eingriff mit unsauberen Instrumenten sehr berechtigt.

Zusammenfassend verlangt der Vf. eine Abänderung der Strafgesetzordnung für kriminelle Aborte, dahinzielend, daß individuell geurteilt und nicht in allen Fällen mit gleicher Strenge vorgegangen werden soll. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1906.)

Beitrag zur modernen Geburtshilfe. Von Peter Horrocks. Ref. G. Wiener, München.

90—95% aller Geburten sind normal, weshalb der Vf. zu dem Schlusse kommt, daß der Arzt der Geburt in weitestgehendem Maße ihren natürlichen Verlauf lassen soll. Nur in Fällen, wo es entweder von der Patientin oder deren Angehörigen gewünscht wird oder bei denen Komplikationen zu befürchten seien, soll untersucht werden. Die Anwendung der Zange sei auf das Aeußerste zu beschränken, ebenso die Verabreichung von Chloroform oder sonstigen Anästhetikas. Ebenso verwirft der Vf. den Dammschutz, der bei einer normalen Geburt nicht nötig sei. Der Arzt habe überhaupt nur in Tätigkeit zu treten bei ganz schweren Komplikationen: fehlerhaften Lagen, Vorfall der Nabelschnur, Placenta praevia etc. Die dabei nötige Desinfektion wird auf das Genaueste besprochen. Ehe das Credésche Verfahren angewendet wird, soll man mindestens 20 Minuten warten. Dem Neugeborenen soll nur dann Argentumlösung ins Auge eingetropft werden, wenn bei der Mutter Verdacht auf Gonorrhöe besteht. — (The british med. journ. Nr. 2358, 1906.)

Zur geburtshilflichen Therapie der Eklampsie. Von Dr. Esch, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Esch vergleicht das Eklampsiematerial der Klinik Ohlshausen mit dem der Bumm schen und weist nach, daß die Resultate der ersteren ebenso gut sind wie die der letzteren, obschon dort nach der Forderung Liepmanns jede Eklamptische sofort entbunden wird, eventuell durch vaginalen Kaiserschnitt. Bei Ohlshausen werden die Frauen auch so bald wie möglich entbunden, jedoch ohne allzu forcierte Methoden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1906.)

Ueber Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Von Ernst Rupppauer, Basel. Ref. G. Wiener, München.

Als Haupterreger der Pyelonephritis der Schwangeren spielt das Bacterium coli die größte Rolle, daneben kommen natürlich aber auch die gewöhnlichen Itererreger und sonstige Bakterien in Betracht. Die Pyelonephritis tritt gewöhnlich in den mittleren Monaten der Gravidität in Erscheinung. Ruppauer beobachtete ihr Auftreten viermal im V.—VI., zweimal im VII. mens. und dreimal unmittelbar vor der Geburt. Mehrgebärende scheinen etwas häufiger von der Krankheit befallen zu werden. Dieselbe tritt oft sehr stürmisch auf mit Schüttelfrösten und hohem Fieber, in anderen Fällen dagegen so schleichend, daß nur eine zufällig vorgenommene Untersuchung des Harnes sie entdecken läßt. Die Harnmenge ist an-

Digitized by Google

fangs vermindert, nimmt aber später erheblich zu. Als Komplikation kommt hauptsächlich die Zystitis in Frage.

Die Therapie der Schwangerschaftspyelonephritis kann eingeteilt werden in eine interne, geburtshilfliche und chirurgische. Der Entzündung und der dieselbe begünstigenden Harnstauung wird am besten durch eine zweckmäßige Lagerung entgegengetreten, und zwar soll man, nach Ansicht verschiedener Autoren, die Patientinnen die der Krankheit entgegengesetzte Seitenlage einnehmen lassen. Meistens genügt jedoch die horizontale Rückenlagerung. Als Harndesinfizientien sind Urotropin und Salol, sowie Helmitol anzuwenden, besonders aber empfiehlt der Vf. Salizylsäure in Form von Aspirin. Die bei dieser Indikation auftretenden Magenschmerzen bekämpft er durch gleichzeitige Verabreichung von Zitronensaft. Bei zystitischen Erscheinungen soll die Blase einer lokalen Behandlung unterzogen werden, eventuell seien Spülungen des Nierenbeckens nach Casper vorzunehmen. Als Getränk wird Wildunger Wasser angeraten.

Geburtshilflich käme die künstliche Frühgeburt in Betracht. Da die Pyelonephritis in der Schwangerschaft aber fast nie das Leben der Mutter direkt bedroht, soll damit gewartet werden, bis das Alter des Kindes Aussicht auf Erhaltung seines Lebens bietet.

Die chirurgische Behandlung wurde bis jetzt nur in seltenen Fällen durchgeführt. Bei eitriger Affektion der Niere wurde die Nephrektomie, in wenigen Fällen sogar die sekundäre Nephrektomie gemacht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6, 1906.)

Augenheilkunde.

Metastatische Ophthalmie des linken Auges als einzige nachweisbare Metastase bei einem Panaritium des rechten Daumens. Ref. Jänner, Wien.

Patient, 55 Jahre alt, verletzt sich die rechte Daumenkuppe mit einem Stück Eisen. Es entsteht Panaritium mit Lymphangitis. Sechs Tage darauf Inzision, worauf sowohl das Panaritium als auch die Lymphangitis sich rückbilden. Nach weiteren sieben Tagen ist eines Tages der Verbandwechsel und das Ausdrücken des Eiters aus der Daumenwunde besonders schmerzhaft; am selben Tage fängt das linke Auge an zu tränen, rot zu werden und schlecht zu sehen, und noch am selben Abend war der Visus = 0 und der Augenbefund ließ sich als Iritis mit Hypopyon und im weiteren Verlauf als Panophthalmie auffassen.

Sowohl im Eiter des Panaritiums als auch in dem Sekret der Konjunktiva waren Diplokokken zu finden.

In den folgenden Tagen Resorption des Pupillarexudats, so daß die transparente Linse und ein den Glaskörper ausfüllendes Exudat sichtbar wird, das nach außen durchbricht. Durch Exeuteratio bulbi kommt es zur Rückbildung der Entzündung. — (Die Ophthalm. Klinik, Nr. 1, 1906.)

Ueber Sehstörungen infolge der Beobachtung der Sonnenfinsternis. Von Dr. Sp. Ferentinos, Dozent an der Universität zu Athen. Ref. Jänner, Wien.

Die Symptome der zu besprechenden Krankheit sind sowohl in objektiver wie in funktioneller Hinsicht charakteristisch. Ophthalmoskopisch sieht man eine durch die Eklipse bewirkte Trübung der Makulargegend, und zwar der Fovea und ihrer nächsten Umgebung. Das Ganze stellt sich als etwa linsengroßer roter Fleck, in welchem ein stecknadelkopfgroßer, grauer Fleck liegt, dar. Der graue Fleck ist als Undurchsichtigkeit, als Trübung des Gewebes, auf welcher das Sonnenbildchen abgebildet wurde, als Erythema solare retinae aufzufassen; der rote Fleck muß, ähnlich wie der rote Fleck bei der Embolia centralis retinae, durch das Durchschimmern der unter der Retina, welche an dieser Stelle an Stelle der Makula in ihren Schichten bekanntlich am dünnsten ist, liegenden, blutstrotzenden Chorioidea gedeutet werden.

Diese ophthalmoskopischen Veränderungen sehen verschieden aus, je nach dem Stadium der Erkrankung und auch je nach der Untersuchungsmethode: aufrechtes oder umgekehrtes Bild. Die De-

Digitized by Google

tails darüber mögen im Original nachgelesen werden. Die subjektiven Symptome nach Einwirkung der Eklipse sind zweierlei: a) Herabsetzung des Sehvermögens, Zentralskotom, b) optische Ermüdung.

Das erste Gefühl des Patienten ist das Gefühl der Blendung, dasselbe Gefühl, welches jedermann empfindet, wenn er von einer dunkleren auf eine hellere Fläche blickt. Nachher wird eine zentrale Verdunkelung vom Patienten gespürt — der Patient hat ein zentrales positives Skotom. Schon nach einigen Tagen ist es nicht mehr zu sehen. Das Zentral-Sehvermögen ist während dieser Zeit ebenfalls herabgesetzt und betrifft es sowohl das Weiße wie auch die Farben proportional, um sich allmählich, aber fortschreitend zu bessern.

Die optische Ermüdung äußert sich darin, daß beim Lesen Störungen auftreten: während Patient die ersten Silben des Wortes sieht, verschwinden die letzten bald im ganzen, bald der obere, bald der untere Teil eines Buchstabens. Manchmal hat Patient das Gefühl, als ob von einem Worte eine oder mehrere Silben oder Buchstaben, die nicht immer angrenzend zu sein brauchen, im ganzen oder zum Teil fehlten.

Der Autor faßt diese optische Ermüdung nicht als torpor retinae, sondern als Ermüdung der Retina und Optikus, als optische Hyperkopose auf und erklärt sich den Zustand in folgender plausibler Weise: Während der Beobachtung der Eklipse hat der Sehleiter eine schwere Lichtbürde transportiert und hat sich so hochgradig ermüdet, daß er längere Zeit, zuweilen mehrere Wochen braucht, bis er aus dieser Mattigkeit herauskommt.

Die Therapie des ganzen Symptomenkomplexes ist — die Zeit. Medikamente sind überflüssig. — (Die Ophthalmolog. Klinik, Nr. 1, 1906.)

Zur Verhütung der gonorrhoischen Ophthalmoblenorrhöe mit Sophol. Von Prof. Otto v. Herff, Basel-Stadt. Ref. G. Wiener, München.

Im Frauenspital Basel-Stadt wurden in den Jahren 1901—1904 3009 Kinder mit 10%iger Protargoleinträufelung behandelt, ohne einen einzigen Fall von Frühinfektion und nur 0·06% Spätinfektion. Jedoch hat das Protargol auch seine Nachteile. Lösungen, die in der Wärme oder mit Glyzerin hergestellt werden, schaden, statt zu nützen; ferner entstehen durch Reizung der Augen stundenlang andauernde unangenehme Empfindungen nach der Einträufelung und des weiteren sind häufig leichte Blepharitiden entstanden.

Herff ließ nun das Argyrol aus Nordamerika kommen, mit welchem 650 Kinder ohne jede Erkrankung geschützt wurden. Da jedoch die Untersuchung ergab, daß der Silbergehalt ein viel geringerer war, als die Fabrik angab, auch die Bezugsquelle zu weit entfernt war, versuchte der Vf. ein anderes Silbereiweiß, Formonukleinsilber, im Handel als „Sophol" geschützt (Farbenfabrik Bayer, Elberfeld). Stärkere Lösungen (über 10%) hinterließen im Auge des Vfs. nur unbedeutende Empfindungen, 5% sind völlig reizlos. Beim kindlichen Auge wurden Reizungen, die über 12 Stunden dauerten, in etwa 2% der Fälle beobachtet und bestanden in reichlicherer Tränenabsonderung. Mit erst 10-, dann 5%iger Lösung von Sophol wurden 1200 Kinder behandelt, mit Argyrol und Sophol zusammen 1700. Nur ein einziges Kind bekam eine Frühinfektion am zweiten Tag, eine Spätinfektion wurde überhaupt nicht beobachtet. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, 1906.)

Augenentzündung der Neugeborenen und 1%ige Höllensteinlösung. Von Geh. Rat Prof. Leopold, Dresden. Ref. G. Wiener, München.

Die Augenentzündungen der Neugeborenen sind in Frühinfektionen (die ersten vier Tage nach der Geburt, meistens schon am zweiten oder dritten Tage) und in Spätinfektionen (am sechsten und siebenten Tag auftretend) zu trennen. Nach den Erfahrungen des Vfs. können die Frühinfektionen bedingungslos vermieden werden durch die genaueste Ausführung des Credéschen Verfahrens und die Verwendung einer 1%igen, möglichst frisch bereiteten Höllensteinlösung, das sich Verteilen eines Tropfens auf der Kornea mittels eines abgerundeten Glasstäbchens (die Verwendung einer Pipette entspricht

Digitized by Google

nicht der Credéschen Vorschrift) und das in Ruhelassen der Augen, ohne Nachbehandlung oder Nachträufeln irgend eines anderen Mittels.

Die Spätinfektionen sind fast immer auf die Unart der Mütter zurückzuführen, ihre Geschlechtsorgane zu betasten und dann die Augen der Kinder zu berühren. Durch strenge Ueberwachung ist dies jedoch zu vermeiden. In der Dresdener Frauenklinik wurden bis zu 1600 Kinder ohne jede Infektion beobachtet.

Was die Reizung der Konjunktiva durch die Höllensteinlösung anlangt, so wurde im Jahre 1902 bei 806 Fällen keine Erkrankung beobachtet, 1903 bei 1903 Fällen deren acht, 1904 45 und 1905 auch acht. Die Reizung war ganz unbedeutend und verschwand nach kurzer Zeit ohne Behandlung. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 18, 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Luee congenita im Bilde lymphatischer Leukämie bei einem Neugeborenen. Von C. Stuhl. Ref. E. Deutsch, Wien.

Das Kind, um welches es sich handelt, kam erst am elften Lebenstage zur Beobachtung und starb bereits nach fünf Tagen. Auf übrigens weniger ins Gewicht fallende Mängel der Beobachtung wegen Unmöglichkeit der Spitalsaufnahme macht der Autor selbst aufmerksam. Seit dem neunten Lebenstage bemerkt die Mutter des vorher scheinbar gesunden Kindes Abnahme des Appetits, schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes, Unruhe und hörbares Röcheln beim Atmen.

Bei der ersten Untersuchung ergaben sich sehr blasse Schleimhäute; erst zwei Tage später (nach Abheilung der Nabelwunde) wurde das Abdomen palpiert, es zeigte sich, daß die Leber den Rippenbogen in der Mamillarlinie auf 5 cm überragt und daß die Milz sich zungenförmig bis zum Nabel hin erstreckt (10 cm weit über den Rippenbogen hinaus). Lymphdrüsen waren nicht zu tasten, Therapie Jodkali. In den nächsten Tagen treten Oedeme der Füße und des Leibes bis an die Rippenbogen und Blutungen im Oberkiefer auf. Am letzten Lebenstage wurde eine Blutuntersuchung gemacht, Exitus unter starkem plötzlichen Verfall nach vorausgehenden krampfartigen Zuckungen.

Bei der erwähnten Blutuntersuchung trat auf Einstich ins Ohrläppchen und in die Zehen so wenig Blut zutage, daß bloß Deckglaspräparate angefertigt werden konnten. Es ergab sich bedeutende Vermehrung der weißen Blutkörperchen (Verhältnis 1 : 72), und zwar herrschen die Lymphozyten vor.

Die Hauptsymptome des Falles, Milz- und Lebervergrößerung, diffuse Schleimhautblutung, blasse Schleimhäute und schließlich das Blutbild ließen die Diagnose lymphatische Leukämie naheliegend erscheinen. Der bestehende Verdacht auf Lues erhielt anamnestisch keine Stütze. Die glücklicherweise zugelassene Obduktion aber ergab interstitielle (syphilitische) Pneumonie beider Unterlappen, miliare Gummen der Leber etc., also eine ganz zweifellose Lues congenita. Es hat also in diesem Falle die Autopsie allein die Aufklärung gegeben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, 1906.)

Das Kalomelol. Von Br. Domenico. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Kalomelol ist Kalomel in kolloider Modifikation, ein weißgraues Pulver, ohne Geruch und Geschmack; es löst sich nicht in Alkohol und Aether, löst sich in kaltem Wasser 1 : 50 zu einer milchigen Flüssigkeit, hat neutrale Reaktion, wirkt nicht reizend und giftig wie Kalomel. Es enthält 75% Kalomel, also 66% Quecksilber. Es kommt in den Handel als Pulver, in Tablettenform (0·01) und als Salbe, die 45% Kalomelol, also 30% Quecksilber enthält. Bei der Prüfung seiner Giftigkeit zeigte sich, daß beim gleichen Tier Erbrechen hervorgerufen wurde, bei Sublimat mit 0·1 g, bei Kalomel mit 0·5 g und bei Kalomelol mit 3·0 g. Vf. hat das Kalomelol äußerlich verwendet als Pulver mit Amylum āā und in 2%iger Lösung, innerlich in Tablettenform mit Opium und zur Inunktionskur. Er teilt acht Krankengeschichten mit, davon sieben mit Lues.

Digitized by Google

Das Kalomelol zeigte ganz besonders auf gummöse Affektionen einen prompten Heilerfolg, und bemerkenswert war, daß es ausnahmslos gut ertragen wurde. Vf. hält das Kalomelol für eines der wenigen unter den zahlreichen, auf den Markt gekommenen modernen Arzneimitteln, die wirklich das Vertrauen des Arztes verdienen. — (Gazz. degli osped., Nr. 19, 1906.)

Behandlung der Gonorrhöe mit Airol. Von F. Marchi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das Airol gelangte zur Anwendung in 5—20%iger Lösung in Glyzerin allein oder in Glyzerin mit Wasser; die Mischung wurde direkt vor der Injektion bewerkstelligt. In den ersten 3—4 Tagen macht Vf. täglich eine Injektion, später auch 2—3 täglich und läßt die Flüssigkeit 5—10 Minuten und länger in der Harnröhre zurückhalten. Den Injektionen ging stets eine Spülung mit 3%iger Borlösung voraus. Auf Grund seiner 13 mitgeteilten Krankengeschichten schließt Vf.: Wenn man die guten erhaltenen Resultate, die leichte Anwendbarkeit und die gute Toleranz für das Mittel zusammenhält, so kann man es, auch ohne es als antigonorrhoisches Spezifikum zu bezeichnen, für die Behandlung der Gonorrhöe empfehlen, besonders wenn der Kranke hohe Dosen erträgt. — (Gazz. degli osped., Nr. 33, 1906.)

Kinderheilkunde.

Eine Normalflasche für die Säuglingsernährung. Von H. Cramer, Bonn. Ref. Einstein, Stuttgart.

Cramer hat bei der Firma Ollendorff-Wilden, Bonn, eine billige, im Soxhletapparat verwendbare und mit den gebräuchlichen Stöpseln verschließbare 250 cm^3-Flasche herstellen lassen, die von 50 zu 50 g geeicht ist. Diese Flasche ermöglicht eine genaue Dosierung und Mischung der Nahrung und hat vor den gewöhnlichen Strichflaschen die einfachere und genauere Graduierung und die Verwendbarkeit im Soxhletapparat, vor den gebräuchlichen Soxhletflaschen die Eichung und die einheitliche, für das ganze Säuglingsalter passende Größe voraus.

Bei der Bestimmung der Mahlzeiten richtet sich Cramer nach der Biedertschen Zahl: 150 cm^3 Flüssigkeit auf 1 kg Körpergewicht per Tag; bei der Konzentration der Nahrung wird ihr Kalorienwert berücksichtigt. Am zweiten Lebenstag bekommt das Kind fünf- bis sechsmal Mengen von 25 cm^3 ($^1/_2$ Teilstrich), am fünften Tage 50 cm^3, am Ende der ersten Woche 75 cm^3 in dreistündigen Intervallen. Erst am zehnten bis vierzehnten Tage nimmt Cramer auf die Biedertsche Zahl Rücksicht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Die spastischen Lähmungen der Kinder und ihre Behandlung. Von Prof. A. Hoffa, Berlin. Ref. Einstein, Stuttgart.

Hoffa teilt die spastischen Kinderlähmungen ein in die zerebrale Diplegie und die zerebrale Hemiplegie.

Die zerebrale Diplegie ist nicht selten; sie kommt ungefähr gleich oft bei Knaben und Mädchen vor. Die Aetiologie bilden verschiedene Schädigungen, welche Mutter und Kind betreffen. Die Hauptrolle spielen die sogenannten Littleschen Momente: Frühgeburt, schwere Geburt und asphyktische Geburt; daneben kommen untergeordnete Ursachen in Betracht, wie Allgemeinerkrankungen, Traumen während der Gravidität, Hemmungsbildungen und Infektionskrankheiten. Eine einheitliche Ursache läßt sich nicht feststellen. Eine Disposition liegt vielleicht in vaskulären Erkrankungen, ähnlich wie bei der zerebralen Hemiplegie (s. u.). Hoffa stellt drei Erscheinungsformen der diplegischen Zentrallähmung auf:

1. Die Littlesche Krankheit im engeren Sinne (angeborene spastische Gliederstarre Rupprechts), welche nur die unteren Extremitäten betrifft. Dabei ist ein Strabismus convergens häufig.

2. Die allgemeine Starre, welche untere und obere Extremitäten befällt und daneben zerebrale Symptome zeigt: mangelnde Intelligenz, Augen-

Digitized by Google

muskellähmungen, Sprachstörungen, epileptische Anfälle.

3. Die allgemeine Athetose. Pathologisch-anatomisch handelt es sich neben anderen Veränderungen des Zentralnervensystems stets um eine Läsion der Pyramidenbahnen an einer Stelle ihres Verlaufes im Gehirn oder Rückenmark. Bei der zweiten Form sind die oberen Teile des Zentralnervensystems stärker befallen als bei der ersten, bei der allgemeinen Athetose ist die Großhirnrinde beteiligt. Der Verlauf ist entweder stationär oder regressiv. Die Prognose ist — eine geeignete Behandlung vorausgesetzt — bei 1. relativ günstig, bei 2. schlecht und bei 3. etwas ungünstiger als bei 1., jedoch nicht schlecht. Die Diagnose ist leicht. Die Therapie muß die Energie der peripheren Neurome zu schwächen und diejenige der cortico-motorischen Neurome zu stärken suchen. Der ersteren Aufgabe wird sie gerecht durch Durchschneidung aller Sehnen, welche den aktiven und passiven Bewegungen spastischen Widerstand entgegensetzen, der zweiten Aufgabe durch monatelange Massage und Gymnastik. Sehr wichtig ist die psychische Beeinflussung. Sprachstörungen werden durch Mund- und Atmungsgymnastik gebessert. Der Behandlung kommen zuerst Gips-, dann Schienenhülsenverbände zu Hilfe. Hoffas Erfolge waren gute: in 45% der Fälle wurde eine gute Gehfähigkeit erzielt. Selbst schwere Athetosen besserten sich wesentlich durch Fixation des Kopfes, Rumpfes und der Extremitäten in geeigneten Stützapparaten.

Bei Fällen von allgemeiner Starre, besonders bei solchen mit Krämpfen, sind nur vorsichtige chirurgische Maßnahmen anzuwenden.

Die zerebrale Hemiplegie ist die Folge einer Gefäßerkrankung, und zwar sind alle vaskulären Schädigungen ätiologisch bedeutungsvoll, die während der Fötal-, Geburts- oder Extrauterinperiode zur Geltung kommen: hereditäre Lues, Encephalitis, Meningitis, Hämorrhagien, Embolien u. s. w. Pränatale Schädigungen äußern ihre Wirkung oft erst nach der Geburt. Die Littleschen Momente spielen auch hier eine große Rolle. Infektionskrankheiten bilden oft insofern eine auslösende Ursache, als die Toxine ein schon vorher geschädigtes Blutgefäß — Prädilektionsstelle ist die Arteria cerbri media — noch stärker affizieren. Von den Symptomen ist bemerkenswert, daß die oberen Extremitäten meist stärker befallen sind als die unteren. Bei mancher leichten rechtsseitigen Hemiplegie fällt nur eine gewisse Linkshändigkeit auf; oft ist der Fazialis mitbeteiligt, manchmal ist er allein befallen. Häufig sind Störungen der Sprache, Spätchorea, Epilepsie, Idiotie, Skoliosen, Hemianästhesien, trophische Störungen, Mitbewegungen vorhanden. Die Prognose ist in Anbetracht der guten Operationserfolge ziemlich günstig. Die Behandlung besteht in ähnlichen Maßnahmen wie bei der zerebralen Diplegie. Selbst schwere Deformitäten der Hand werden mit gutem kosmetischem und funktionellem Erfolg behandelt. Wertvoll ist die Sehnenplastik, die nebenbei eine krampflösende Eigenschaft hat und nach Hoffas Erfahrungen häufig eine schon vorhandene Chorea beseitigt und das Auftreten einer posthemiplegischen Chorea verhindert. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18—20, 1906.)

Die Behandlung der Urin-Inkontinenz bei Kindern. Von Noble P. Barnes-Washington. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Therapie muß sich nach der Aetiologie richten. Die Störung ist entweder organisch oder funktionell. Zur ersteren Klasse gehören: 1. Mißbildungen am Harntraktus; 2. Entzündungen der Niere, des Nierenbeckens oder der Blase; 3. Nervenkrankheiten (Idiotie, Epilepsie, Chorea etc.) und 4. Stoffwechselstörungen (Marasmus, Diabetes, Rhachitis). Funktionelle Ursachen sind: 1. Fehler der Erziehung; 2. Zurückbleiben in der Entwicklung; 3. Autointoxikationen (Vf. rechnet hiezu Störungen durch Verdauungsfehler, kariöse Zähne, adenoide Vegetationen etc.); ferner 4. Neurosen — Enuresis kann das einzige Symptom von Hysterie sein — 5. Hyperämie oder Reizbarkeit des

Digitized by Google

Rückenmarkes durch Erkältungen, Rückenlage, Federbetten oder irritierende Nahrung; endlich 6. lokale und entfernte Reflexreize. Zur letzten Rubrik gehören u. a.: Azidurie, Phosphaturie, Nieren- und Blasensteine, Bakteriurie, Vulvovaginitis, Phimose, Obstipation, Kolitis, Oxyuren, Masturbation, hypertrophische Tonsillen, adenoide Vegetationen, Otitis.

Die meisten Fälle genesen bei geeigneter Diät, Hygiene und Erziehung. Es soll dabei möglichste Einfachheit herrschen. Nötig sind regelmäßige Gewohnheiten im Essen, Trinken, Schlafen, in körperlichen Uebungen und im Entleeren von Darm und Blase. Die Kinder sollen daran gewöhnt werden, tagsüber den Urin lange zurückzuhalten, nachts sollen sie einmal zum Urinieren geweckt werden; vor dem Schlafengehen ist der Darm zu entleeren. Körperliche Uebungen im Freien, kalte Waschungen und Bäder mit nachfolgendem Frottieren und kalte Spinalduschen sind günstig. Die Nahrung sei reizlos, mäßig an Menge, leicht verdaulich. Stärkekost macht manchmal Polyurie und dadurch Enuresis; in diesen Fällen gibt man leichte antidiabetische Diät. Reizt der Urin durch seine starke Konzentration, so muß man mehr Wasser geben. Das Bett sei hart, die Decken leicht; günstig wirkt die Erhöhung des Fußendes des Bettes und die Verhinderung der Rückenlage der Kinder. Medikamente sind angebracht bei Azidurie und Zystitis (Lithiumsalizylat, Kaliumzitrat etc.), ferner bei Atonie des Sphincter vesicae (Strychnin, Chinin, Ergotin, Eisen, Arsen). Atropin verringert die Blasenkontraktionen und erniedrigt die Erregbarkeit des Rückenmarks. Die Masturbation ist mit Gelsemin, Brom und eventuell Zirkumzision zu bekämpfen. Von Wert sind oft Massage, Faradisierung und epidurale Injektionen. Vor allem wichtig ist die Erziehung: der Appell an den Stolz des Kindes wirkt besser als Strafen. — (Mercks Archives, Bd. 7, Nr. 9.)

Keuchhusten und seine Behandlung. Von H. J. Ring, Ferndale. Ref. Einstein, Stuttgart.

Ring empfiehlt auf Grund langer Erfahrung das Extrakt von Kastanien zur Behandlung von Keuchhusten. Er gibt es in Dosen von zirka 1 g alle zwei Stunden und kombiniert es zur prompteren Wirkung gewöhnlich mit Belladonna und Hyoscyamus. Das Mittel kann ohne Bedenken lange Zeit fortgesetzt werden. Es ist kein Spezifikum, mildert und verkürzt aber die Hustenanfälle. — (California state journ. of medic., Bd. 3, Nr. 3.)

Zur Diagnose der kongenitalen Dünndarmatresie, unter besonderer Berücksichtigung der Untersuchung des Mekoniums. Von Medizinalrat Dr. Karl Walz, Stuttgart. Ref. G. Wiener, München.

Die Symptome der angeborenen Darmatresie sind: immer wiederkehrendes Erbrechen, mangelnder Abgang von Mekonium und Abfließen weißer, schleimiger Massen mit Auftreibung des Abdomens. Der Tod tritt zwischen dem zweiten und zwölften Tage ein. Therapeutisch käme Operation, in erster Linie Gastroenterostomie in Frage.

Die kongenitale Duodenalatresie entsteht auf entwicklungsgeschichtlicher Basis. Auch bei völliger Duodenalatresie kann Mekonium abgehen. Zur Bildung des gelben Mekoniums ist die Beimengung von Fruchtwasserbestandteilen nicht notwendig. Bricht ein Neugeborenes beständig, so muß das Mekonium histologisch untersucht werden, fehlt der spontane Abgang desselben, so soll man versuchen, es durch Klysma aus dem Rektum zu erhalten. Völliges Fehlen von Wollhaaren im Mekonium ist ein sicheres Zeichen eines vor dem fünften Entwicklungsmonat entstandenen völligen Darmverschlusses. Die Diagnose wird unterstützt durch gleichzeitiges Fehlen von Plattenepithelien und Nahrungsbestandteilen [Fettröpfchen]. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21, 1906.)

Bakteriologische Untersuchung des Genitalsekrets neugeborener Mädchen. Von Dr. Viktor Neujeau, Tübingen. Ref. G. Wiener, München.

Nach 33 vorgenommenen Versuchen kommt Vf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Sekrete der Vulva und Vagina Neugeborener, die nicht gebadet wurden, bleiben steril (die ersteren 7—8 Stunden, die letzteren bis 12 Stunden p. p.), wenn

Digitized by Google

die Sekretentnahme nach der Geburt unter aseptischen Kautelen erfolgt.

2. Von der 7.—8. Stunde an enthält das Vulvasekret stets Keime, meistens die zahlreichen Formen des Darmtraktus, vom 3. Tage an besonders das Bacterium coli, doch findet man auch den Staphylokokkus pyogenes aurus und albus und den Streptococcus.

3. Von der 12. Stunde an beginnt die Vagina Keime, sowie auch pathogene Mikroorganismen aufzuweisen. Die letzteren verschwinden meistens wieder unter dem Einfluß der Selbstreinigung der Scheide.

4. Während die Flora der Vulva sehr verschiedenartig ist, herrscht bei der Vagina hauptsächlich der Scheidenbazillus Döderleins vor, der sich manchmal sogar allein findet.

5. Das Sekret der Scheide reagiert meist sauer. Diese Reaktion wird am größten beim Auftreten des Scheidenbazillus.

6. Das erste Bad beschleunigt das Erscheinen von Keimen in Vulva und Vagina, beeinflußt aber keineswegs das Auftreten des Scheidenbazillus.

7. Die Infektion des Fruchtwassers bei vorzeitigem Blasensprung kann das Erscheinen der Keime beschleunigen. — (Hegars Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 10, H. 3.)

Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden betrachtet. Klinische Bemerkungen von Dr. Viktor Lange, Kopenhagen. Ref. Fromm, München.

Das Wesentliche der Abhandlung liegt im Titel. Es scheint Lange ganz unberechtigt, die Enuresis der Kinder von den adenoiden Vegetationen abhängig machen zu wollen, denn in den wenigen Fällen von Enuresis, die gleichzeitig mit Adenoiden behaftet waren, hatte die Beseitigung dieser Affektion gar keinen Einfluß auf den Verlauf der Enuresis. Dagegen erzielte Vf. bei seinem Material Heilung oder Besserung durch Anwendung derjenigen Mittel, die besonders auf das Nervensystem einwirken, und faßt daher die Enuresis der Kinder als neuropathisches Leiden auf. — (Wien. med. Presse Nr. 52, 1905.)

Untersuchungen über die Pädatrophie. Von C. E. Bloch, Kopenhagen. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. hat durch frühere anatomische Untersuchungen gezeigt, daß bei atrophischen Kindern die sogenannten Panethschen Zellen, d. h. die sekretgefüllten, funktionierenden Zellen der Lieberkühnschen Drüsen fehlen. Er betrachtete diese Achylia oder Hypochylia intestinalis als Ursache der Atrophie. Neue Untersuchungen des Vfs. bestätigten diesen Befund nur für einen Teil der Fälle von Atrophie, in einem anderen Teil waren Panethsche Zellen vorhanden; dafür aber fand sich in diesen Fällen eine Erkrankung des Pankreas, die wesentlich in einem Leersein der Zellen bestand und das Pankreas außerstande setzen mußte, als Verdauungsdrüse zu funktionieren. Schon klinisch zeigte sich diese „Achylia pancreatica" in einer mangelhaften Verdauung des Nahrungsfettes. Die Atrophie und — wie ein Fall Vfs. zeigt — auch die eine Atrophie einleitende chronische Dyspepsie sind also verursacht durch eine mangelhafte Funktion der serösen Verdauungsdrüsen. — (Jahrb. f. Kinderheilk., H. 4, Bd. 63.)

Zur Frage der Pasteurisierung der Säuglingsmilch. Von Thaddäus Zelenski, Krakau. Ref. Einstein, Stuttgart.

Vf. führt den Begriff der „relativen Pasteurisation" ein, d. i. der Erwärmung der Milch auf einen Grad, der eben noch niedrig genug ist, um die biologischen Eigenschaften der Milch nicht zu zerstören, und hoch genug, um die in der Milch enthaltenen Bakterien unschädlich zu machen. Eine vollständige Abtötung der Keime gelingt allerdings auf diese Weise nicht, wohl aber — wie die Versuche des Vfs. zeigen — eine so eingehende Abschwächung derselben, daß ihre Vermehrung in der nächsten Folgezeit eine ganz minimale ist und die so behandelte Milch für die Praxis der Säuglingsernährung genügt. Eine solche Abschwächung sucht auch Behring durch

Digitized by Google

seinen Formalinzusatz zur Milch zu erreichen.

Diese relative Pasteurisation soll nur dann geübt werden, wenn eine frische, möglichst reine, nach dem Melken rasch tiefgekühlte Milch aus tuberkulosefreien Musterställen zur Verfügung steht (auch die Tuberkelbazillen werden bei dieser Behandlung der Milch nicht abgetötet); für nicht einwandfreie Milch ist die Sterilisation beizubehalten.

Dem in Frankreich und Belgien vielfach benützten Constantschen Pasteurisierapparat werden gute Resultate nachgerühmt. Die Milch wird in ihm in ganz kurzer Zeit durch Wasserdampf auf 75° erhitzt und dann rasch abgekühlt. Er erfüllt die Forderung der relativen Pasteurisation, wenn er auch nicht — wie sein Erfinder behauptet — alle sporenfreien Mikroorganismen abtötet.

In derselben Arbeit prüft Vf. die widersprechenden Resultate der verschiedenen Autoren bezüglich der Temperaturhöhe und Zeitdauer der Pasteurisation, die zur Erzielung der Keimfreiheit notwendig sind, und führt sie auf verschiedene Versuchsbedingungen zurück; so ist z. B. frisch infizierte Milch schwerer zu sterilisieren als schon länger infizierte, auch die Art des Nährmediums hat Einfluß: in Milch erfolgt die Sterilisation erst bei höheren Temperaturen als in Bouillon, in fettarmer Milch ist sie leichter als in fettreicher. — (Jahrb. f. Kinderheilk., H. 3, Bd. 63.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Acidum oleïnicum purissimum bildet bei Temperaturen oberhalb 14° C. eine fast wasserhelle, ölige Flüssigkeit, welche sich in Alkohol löst. Sie soll an Stelle von Olivenöl als gutes Mittel gegen Gallensteinkoliken angewendet werden, am besten in Dosen von 0·5—1 g pro die in Gelatinekapseln.

Aesco-Chinin, Chininum aesculinum neutrale (Flügge) wird als chemische Verbindung des Chinins mit Glykosiden aus dem Extract. Hippocastani bezeichnet. Gelbliches, amorphes Pulver, in Wasser unlöslich, mit einer Spur Säure leicht löslich, bitter schmeckend. Enthält zirka 50% Chinin. Das Mittel wird in Tablettenform zu 0·1 g täglich 3—5mal als Nervinum und bei Erkrankungen der Atmungsorgane empfohlen.

Aethylendiaminkresol ist eine wasserklare Flüssigkeit, ausgezeichnet durch die Fähigkeit, tief in die Haut einzudringen und das Kresol an Desinfektionskraft übertreffend. Wird für die Nachbehandlung von Höhlenwunden besonders empfohlen.

Aethylium formicicum ist eine nach Pfirsichkernen riechende und antiseptisch wirkende Flüssigkeit, die gegen Erkrankungen der oberen Luftwege gebraucht wird.

Agopyrin ist eine Spezialität gegen Influenza (in Tablettenform). Enthält pro dosi 0·025 g Chinchoninsulfat, 0·025 g Ammoniumchlorid und 0·25 g Salizin.

Aluminium boricitannicotartaricum, Cutol, findet Anwendung bei nässenden akuten Ekzemen, Brandwunden und Geschwüren.

Amyloloform ist eine chemische Verbindung von Formaldehyd mit Stärke und findet Anwendung in der Wundbehandlung als ein die Sekretion hemmendes Mittel.

Amylojodoform ist eine Verbindung von Stärke, Formaldehyd und Jod.

Anesthol nennt W. Meyer eine zur Inhalationsnarkose empfohlene Mischung aus Chloroform 43·25 Volumen,

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

Aether 56·75 Volumen und Aethylchlorid 20·5 Volumen.

Anilipyrin besteht aus einem Teil Antifebrin und zwei Teilen Antipyrin. Das Mittel wird durch Zusammenschmelzen dieser beiden Präparate hergestellt, wirkt schwach toxisch und dient als Antipyretikum und Analgetikum, besonders bei Influenza und Polyarthritis.

Anthrasol ist eine Mischung gleicher Teile gereinigten Steinkohlen- und Wachholderholzteeres und stellt ein leichtflüssiges, hellgelbliches Oel dar, das im Aussehen vom Olivenöl kaum zu unterscheiden ist. Es besitzt den charakteristischen Teergeruch. Von der Haut aus wird das Mittel schnell resorbiert und findet für sich allein oder als Arzneimittelträger oder auch in Form von Pinselungen und Salben überall da Anwendung, wo bisher gewöhnlicher Teer gebraucht wurde. Das Anthrasol ist in Alkohol, Azeton, fetten Oelen, flüssigem Paraffin und Vasogen löslich.

Antibakterin besteht aus einer eisenhaltigen Ortho-Borsäure-Aethylverbindung, welche zu Inhalationen bei Infektionskrankheiten benützt wird, besonders gegen Tuberkulose.

Antimarin heißt ein Mittel gegen Seekrankheit in Tablettenform mit 0·2 g Paraamidobenzoesäureäthylester (Anästhesin) pro dosi.

Antineon soll spirituöser Auszug aus Rad. Sarsaparillae, Herba Veronicae und Herba Portulacae sein; Antigonorrhoikum.

Antiphlogistine wird eine an Stelle von Breiumschlägen etc. empfohlene Kaolinglyzerinmischung genannt.

Cetrarin. Das Cetrarin, auch Cetrarsäure genannt, ist ein aus der Cetraria islandica gewonnener Bitterstoff besteht aus einem weißen, in Alkohol schwer, in Alkalien leicht löslichen, kristallinischen Pulver. Dieses Präparat ist nach den Angaben von Gigon (Rev. de therapeutique, Nr. 17, 1905; Mercks Ber., 1906) ein sehr wirksames Antiemetikum, dessen Vorzüge sich bei einer Reihe von Krankheiten, die hartnäckiges Erbrechen im Gefolge haben, zu erkennen geben. Gigon verwendete es bei Erbrechen auf tuberkulöser, stomachaler und hysterischer Basis und nach der Chloroformnarkose stets mit Erfolg; auch bei Vomitus gravidarum und bei Seekrankheit erwies es sich als ein brauchbares Medikament. Man kann nach Merck mehrmals täglich 20—30 Tropfen einer alkoholischen 2%igen Cetrarinlösung darreichen.

Cornutinum concentratum „Schäfer" wird als eine nahezu reine Alkaloïdlösung des Mutterkorns bezeichnet. Das Präparat zeigt gleichen Kornutingehalt und dadurch bedingte zuverlässige Wirkung. Man gibt 2 g (1/2 Teelöffel) alle 10 Minuten.

Eutonicin heißt ein als blutbildendes Stomachikum empfohlenes Präparat, das als Elixir Condurango compos. ferratum bezeichnet wird.

Gaudanin ist eine von A. Döderlein empfohlene keimfreie Lösung von Paragummi in Benzin und Aether, mit welcher vor Operationen das Operationsgebiet mit Hilfe eines besonderen Apparats überzogen werden soll, um Keimfreiheit zu gewährleisten. Nach Verdunsten des Lösungsmittels entsteht auf der Haut eine unsichtbare dünne Gummimembran, die mit ihrer Unterlage fest verbunden ist. Nach dem Trocknen wird die ganze Oberfläche mit sterilisiertem Talkum bestreut, wodurch die Gummidecke ihre Klebrigkeit verliert. Fabrikant: Zieger u. Wiegand, Leipzig. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 15; Pharm. Ztg., Nr. 36, 1906.)

Herniol ist eine Flüssigkeit aus Herniaria glabra und den Blättern von Arctostaphylos Uva Ursi. Findet Anwendung bei Nieren- und Blasenleiden in einer Dosis von dreimal täglich 20 bis 30 Tropfen in 1/4 l Wasser.

Jodomaisin ist eine aus dem Eiweiß des Mais, dem Maisin, hergestellte Jodeiweißverbindung, welche an Stelle von Jodkalium etc. in der Dosis von 0·1 bis 0·12 g täglich Anwendung finden soll.

Naphthosalizin ist eine Auflösung von Naphthol und Salizylsäure in kochender Boraxlösung oder in dem 50fachen Gewicht Ammoniak. Desinfizienz.

Digitized by Google

Nargol, Nukleïnsilber, ist ein hellbräunlich-weißes Pulver mit einem Silbergehalt von zirka 10%. Das in Wasser leicht lösliche Mittel findet Anwendung bei Augenkrankheiten.

b) Sero- und organotherapeutische Präparate.

Erythrol. Zusammensetzung: Aus Rindermilz bereitetes, aromatisches Extrakt von angenehmem Geschmack. Anwendung: Als Kräftigungsmittel bei Anämie, täglich 1—2 Teelöffel voll in Suppe.

Sanguinoform. Zusammensetzung: Angeblich aus embryonalen Blutbildungsorganen von Schweinen dargestelltes Präparat. Anwendung: Mehrmals täglich eine Messerspitze bis halben Teelöffel voll bei Anämie, Chlorose etc.

Spleniferrin. Zusammensetzung: Ein aus der Milzpulpa des Rindes unter Zusatz von an Eiweiß gebundenem Eisenoxydul hergestelltes Präparat. Eigenschaften: Zirka 25% organisch gebundenes Eisen enthaltendes, braunes Pulver. Anwendung: In Form von Pillen à 0·1 als Eisenpräparat. Liquor Spleniferrini peptonati ist eine 0·6% Eisen enthaltende Flüssigkeit.

Splenin. Zusammensetzung: Ein aus der Milz von Bullen bereitetes organotherapeutisches Präparat englischer Herkunft.

Kruse-Serum ist ein Antidysenterie-Serum, das im Wiener staatlichen Heilseruminstitut gewonnen wird.

Staphylase Doyen ist ein Antistreptokokken-Serum. Kommt auch als Staphylase bromurée, granulée und jodurée in den Handel.

c) Medizinische Seifen.

Albumosenseifen. Zusammensetzung: Eine mit Olivenöl überfettete, mit einem Albumosenpräparat versetzte Seife. Anwendung: Als reizlose und stark crêmeartig schäumende Seife, besonders empfohlen für empfindliche Haut. Die Seife kommt auch mit medikamentösen Zusätzen, wie Ichthyol, Perubalsam, Schwefel, Kreolin, Sublimat, Kantharidin etc. in den Handel.

Caseïn-Albumoseseife. Zusammensetzung: Eine überfettete Natron-Kaliseife, welcher Kaseïn-Albumin beigefügt ist. Anwendung: Als Hautmittel, besonders an Stelle von Unguentum Kaseïni.

Keraminseife, Töpfers. Zusammensetzung: Eine braune, neutrale Natron-Kali-Perubalsamseife. Anwendung: Bei Flechten aller Art, Kopfgrind und anderen Hautkrankheiten.

Malzextraktseife. Zusammensetzung: Eine mit 10% Malzextrakt vermischte, neutrale Seife, eventuell nach Zugabe von wirksamen Arzneistoffen oder Emulgierung mit Lanolin. Anwendung: Als stark schäumende, milde und reizlose Seife.

Sapolentum Hydrargyri. Zusammensetzung: 33·3%ige Kaliquecksilberseife in Gelatinekapseln. Eigenschaften: Wasserlösliche Seife. Anwendung: Zu Schmierkuren.

Saposilic. Zusammensetzung: Eine Seife, welche 59% Kieselguhr, 10% Natronseife, Wachs, Lanolin und Stearinsäure enthält. Anwendung: Zur Desinfektion der Hände. — (Riedels Ber.)

(Fortsetzuug folgt.)

d) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Absinthin, ein Bitterstoff des Wermutkrautes, stellt ein amorphes oder kristallinisches, gelbliches Pulver von neutraler Reaktion dar. Es riecht nach Wermut, löst sich leicht in Aether und in Wasser (1:1000) und findet Anwendung bei Appetitlosigkeit in einer Dosis von 0·1—0·2 in Pillenform oder in Gelatinekapseln, 2—3mal täglich vor dem Essen zu nehmen.

Albumol ist ein aromatischer Eierlebertran, aus frischen Eiern, Nährsalzen und Meyerschem Lebertran bestehend.

Aleuronat ist ein Nebenprodukt der Stärkefabrikation, wird aus Weizen durch mechanische Trennung des Klebers von der Stärke mittels Wassers gewonnen. Es wird an Stelle des bisher gebrauchten Aleuronats in den Handel gebracht und enthält im wasserfreien Zustande nach M. Wintgen etwa 87% Proteïn, 6%

Digitized by Google

Aetherextrakt, 6·5% Stärke, 1·27% Asche und 0·28% Rohfaser. —(Ber. von Brückner-Lampe.)

Antichlorin ist ein Gemisch von Traubenzucker, basisch ameisensaurem Wismut und Natriumbikarbonat. Findet Anwendung gegen Chlorose.

Arsenferratose wird von der Firma C. F. Böhringer u. Söhne in Mannheim-Waldhof erzeugt und als leicht verdauliches Arseneisenmittel empfohlen. Es ist eine gebrauchsfertige, haltbare Lösung von Ferratin, welche 0·3% Eisen und 0·003% Arsen enthält. Die übliche Tagesdose von drei Eßlöffeln enthält die gewöhnliche Tagesgabe von 0·10 g Eisen und 0·00135 g Arsen, entsprechend etwa 0·002 g Acidum arsenicosum. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1906.)

Euhämose, ein flüssiges Nähr- und Kräftigungsmittel, wird als reines, in Hämokarbon übergeführtes Bluteiweiß bezeichnet. Das Präparat enthält neben organisch gebundener Phosphorsäure vornehmlich Lezithinphosphorsäure, Eisen und 34% Stickstoffsubstanz. Es ist frei von Glyzerin, Zucker und fremden chemischen Stoffen und kann mit Milch und anderen Nahrungsmitteln gemischt, oder auch rein genommen werden. — (Pharm. Ztg., Nr. 39, 1906.)

Kefyrogentabletten zur Herstellung von Nährkefyr enthalten Kefyrferment in haltbarer Form. Man löst, nach Pharm. Ztg., Nr. 36, 1906, eine Tablette in einem halben Liter abgekochter Milch und läßt 48 Stunden stehen. Die Milch ist dann in normalen, süßsauren Kefyr übergegangen. Fabrikant: Apotheker Rosenberger in Misdroy an der Ostsee.

Oenase, ein Hefepräparat, ist ein Weinferment, das dem Levurin nahesteht und der 10fachen Menge frischer Weinhefe entspricht. Es soll vor dieser den Vorzug haben, gleichmäßiger zu sein und sich unbegrenzt zu halten. Antiseptika sind nicht zugesetzt. Das Mittel regelt den Stuhlgang, tut bei Diabetes, Infektionskrankheiten und rheumatischen Leiden gute Dienste und soll bei Magenleiden, insbesondere bei Appetitlosigkeit, indiziert sein. Die Dosis beträgt 1—2 Tabletten à 0·5 g. Kurz vor der Hauptmahlzeit. — (Pharm. Ztg., Nr. 36, 1906.)

Nucleogen ist eine organische Phosphor-Arseneisenverbindung in Form von nukleïnsaurem Arseneisen. Es wird von dem Physiolog.-chemischen Laboratorium Hugo Rosenberg in Berlin in Tabletten mit 0·05 Substanz und als sterilisierte Lösung in Röhrchen zu 1 cm^3, enthaltend 0·1 g Substanz, in den Handel gebracht. — (Pharm. Post.)

Ollat, ein Lebertranersatz, ist eine Eiweißemulsion, die 12·3% Wasser, 46·2% Fett, 15·1% Eiweiß und 22·3% Kohlehydrate enthält. Ihr Phosphorgehalt soll der gleiche sein wie bei Scotts Emulsion. Außerdem enthält sie angeblich natürliche Blutsalze. Darsteller J. und G. Leineweber, Mainz. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1906.)

Roboferrol „Rumpelt" ist ein haltbares, aromatisches Eisen-Mangan-Pepton-Elixir.

Secretin und Pulvis duodenalis. Secretin wird nach Boyliss und Starling gewonnen, indem man die obere Schicht des frischen Duodenums abschabt, diese darauf schnell reinigt, zerkleinert und fünf Minuten lang im Mörser mit der gleichen Raummenge 0·4%igen Salzsäure durcharbeitet. Nach dem Erhitzen bis zum Kochen fügt man Soda bis zur fast vollkommenen Sättigung hinzu. Das so erhaltene Präparat wird entweder sofort eingenommen oder in sterilen Flaschen aufbewahrt, in denen es sich 3—4 Tage unzersetzt hält. Nach Marsden enthält es wahrscheinlich einen Körper, aus dem durch Salzsäure ein die Pankreasausscheidung beförderndes Enzym entsteht. Letzterem soll die Heilwirkung bei Diabetes zukommen.

Ein längere Zeit haltbares Duodenumpräparat erhält man auch durch Abkratzen der oberen Schicht des gereinigten Duodenum, Ausbreiten der gewonnenen Masse auf Glasplatten und Trocknen bei 70 bis 80°. Marsden nennt dieses Präparat Pulvis duodenalis. Drei Teile des getrockneten Präparats werden mit einem Teil Kalziumphosphat gemischt und stellen dann ein Pulver dar, welches pepsinartig riecht und in gutschließenden

Digitized by Google

Gläsern aufzubewahren ist. Marsden erwartet, daß der natürliche Salzsäuregehalt des Magens aus diesem Pulvis duodenalis das die Pankreasausscheidung begünstigende Ferment abgespalten wird. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1906.)

Tao wird eine lezithinhaltige Perubalsam-Roborat-Mischung genannt, die nach Zehden als Nährmittel für Lungenkranke dienen soll. Das Taopulver, welches nach dem Verfahren von Sarason als sogenannte feste Emulsion hergestellt wird, enthält 2·38% Lezithin, 90·48% Proteïn, 5% Perubalsam, 1·96% Bikaliumphosphat und 0·175% Kochsalz. Da es sich schlecht nehmen läßt, wird es in Form von Taowaffeln gegeben, deren jede etwa 0·5 g Perubalsam, 0·25 g Lezithin und 9·25 g Roborat enthält, neben 5 g sogenannter Nugatmasse (aus Mandeln und Schokolade) und 2 g gewöhnlicher Waffelmasse. — (Pharm. Ztg., Nr. 39, 1906.)

Vinum Coto-Pepsini besteht aus einem Ansatze der Kotorinde, etwas Chinarinde und des Pepsins im Verhältnis des offizinellen Pepsinweines, mit Marsalawein. Dem filtrierten Weine ist noch ½% Validol (valeriansaures Menthol), ein vorzügliches, gärungswidriges und appetitanregendes Mittel, hinzugefügt. Der Coto-Pepsinwein hat sich als ein gutes Diätetikum und Stomachikum bewährt. Erwachsene nehmen einen Eßlöffel oder ein Likörglas voll, Kinder einen Kaffeelöffel voll nach den Hauptmahlzeiten.

Virol. Liq. carnis compositus. Eine hauptsächlich aus Fleisch dargestellte Flüssigkeit, die als Ersatz für Lebertran dient.

(Fortsetzung folgt.)

2. Behandlungsmethoden.

Zur Antithyreoidin-Behandlung des Morbus Basedowii.

Da die Berichte über den Wert der Serotherapie im allgemeinen und der Antithyreoidin-Behandlung des Morbus Basedowii im speziellen noch zu sehr widersprechenden Resultaten kommen, so ist jede neue Mitteilung, die eine Förderung dieser wichtigen therapeutischen Fragen bezweckt und die aus einwandfreier Quelle kommt (bekanntlich gibt es auch viele „trübe Quellen", aus denen therapeutische Arbeiten fließen) von praktischem Interesse.

Eine Arbeit von Hermann Brinckmann über die Therapie des Morbus Basedowii (aus der medizinischen Poliklinik in München, Professor May) verdient aus dem Dunkel hervorgezogen zu werden, in dem sich mit mehr oder weniger Recht die Dissertationen zu verbergen pflegen.

In dem ausführlich mitgeteilten Fall handelt es sich um einen Casus gravis. — Das Antithyreoidin, welches die Firma Merck in Darmstadt zu den Versuchen gratis überlassen hatte, wurde nach kurzer Zeit der Gewöhnung gut vertragen. Die ersten günstigen Erscheinungen äußerten sich in einer Besserung des Appetits und einem Nachlassen der Aufregungszustände. Parallel mit einer Herabsetzung der nervösen Reizbarkeit ging eine Besserung im Allgemeinbefinden, wenn sich auch im Körpergewicht in der ersten Zeit sogar eine Verminderung zeigte. Mattigkeit und Schlaffheit wurden geringer, der Schlaf ruhiger. Nach fünf Wochen, in deren Verlauf 95 g Antithyreoidin verabreicht waren, trat die erste merkliche Zunahme des Körpergewichtes ein, die weiterhin einen überraschenden Fortschritt nahm. Relativ lange zeigte das Herz keine Beeinflussung. Mit der Zunahme des Körpergewichtes, dem allmählichen Schwinden der Tachykardie gingen auch die Augensymptome zurück. Der Exophthalmus wurde geringer, das Gräfesche Phänomen zeigte immer geringere Intensität, während das Möbiussche Symptom merkwürdigerweise konstant blieb. In der allerletzten Zeit der Beobachtung zeigte die Struma eine Aenderung ihres Umfanges, doch nicht ihrer Konsistenz.

Nach einem Verbrauch von 256 g Antithyreoidin im Verlaufe von zirka fünf Monaten war der Zustand so gebessert, daß mit Ausnahme der Struma, des Möbiusschen Symptoms und einer leichten Tachykardie nach körperlichen Anstrengungen keine Erscheinungen mehr

Digitized by Google

an das Bild des Morbus Basedowii erinnerten. Patientin hatte ein blühendes Aussehen und eine körperliche Fülle erhalten, wie nie zuvor.

Trotz Aussetzen des Mittels nahm das Körpergewicht fortschreitend zu, so daß schließlich der Eindruck einer leichten Adipositas erweckt wurde. Auch einige andere Symptome, welche an den Beginn eines Myxödems erinnerten, führten zu einem Versuch mit Jod, der aber zu leichten Störungen von Seiten des Nervensystems führte. Ein interkurrierender Icterus catarrhalis brachte die Patientin wieder sehr herunter. Allmählich erst stellte sich unter der Antithyreoidinperiode (27·0 g) und Brommedikation im Verlaufe dreier Monate wieder ein Zustand vollkommenen Wohlbefindens mit Steigerung des Körpergewichtes und Rückgang der übrigen Beschwerden. Jetzt wurde auch ein Rückgang der Struma beobachtet. Nach einmonatlicher Dauer dieses befriedigenden Zustandes trat wieder eine wesentliche Verschlimmerung ein (Wiederauftreten des Exophthalmus etc.). Neuerliche Antithyreodinbehandlung führte wieder zur Besserung. Die Betrachtung des Verlaufes dieses Falles von schwerem Basedowii unter der Einwirkung des Antithyreoidin läßt eine deutliche Wirkung dieses Mittels in dem Sinne wahrnehmen, wie die Möbiussche Theorie sie erwarten läßt.

Von hohem Interesse scheint das Auftreten des myxödemartigen Zustandes. Es handelt sich dabei wohl um eine Ueberfütterung mit Antithyreoidin, die einen Zustand erzeugte, der dem Anfangsbild der Cachexia strumipriva, d. h. des Kretinismus entspricht. Das rasche Zurückgehen dieses Myxödemzustandes, ja das Zurücksinken in den alten Basedow-Zustand bei Jodgabe, respektive bei Aussetzen der Antithyreoidinbehandlung gibt einen neuen Beweis für die Richtigkeit der Möbiusschen Theorie.

Nach Brinckmann hat die interne Therapie durch das Antithyreoidin eine unschätzbare Bereicherung ihres Basedow-Arzneischatzes erfahren: es ist der einzige Heilfaktor, der die Funktionsstörung der Drüse zu korrigieren vermag. — (Diss. München, 1905.)

Auch Professor H. Schlesinger (Wien) hat mit dem Antithyreoidin Möbius gute Erfahrungen gemacht. Er hat das Präparat wiederholt angewendet und meist 3—5 g als Tagesdosis (in Wein) verordnet; mehrmals hat er es nur jeden zweiten Tag, einigemal täglich nehmen lassen und ließ zumeist nach dem Verbrauch von 4—5 Fläschchen eine längere Pause eintreten. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt er das Präparat; in allen von ihm damit behandelten Fällen wurde der Allgemeinzustand rasch besser, die Pulsfrequenz sank, die subjektiven Beschwerden gingen rasch zurück, der Halsumfang nahm ab und das Körpergewicht stieg. Unangenehme Nebenwirkungen konnte er nicht beobachten. Leider ist das Mittel so teuer, daß viele Fälle damit nicht länger behandelt werden können; immerhin ist nach Schlesinger der Effekt ein so guter, daß er empfiehlt, es unbedingt wenigstens in den Perioden akuter Verschlimmerung zu verwenden. — (Wien. klin. Rundsch., Nr. 17, 1906.)

Behandlung der Polyserositis fibrosa.

In einer gründlichen und sehr umfangreichen Doktordissertation über einige Fälle von Polyserositis fibrosa berichtet Fritz Gofferjé, dem das Material der Friedrich Müllerschen Abteilung des Münchener Krankenhauses zur Verfügung stand, u. a. ausführlicher über die Therapie der genannten Affektion. Die Therapie kann vielfach bessernd in den Krankheitsverlauf eingreifen. Die häufige, intermittierende Anwendung des gebräuchlichen Herzmittels ist vor allem nötig. Daneben hat der Gebrauch der die Nierensekretion spezifisch anregenden Purinkörper gute Erfolge in der Bekämpfung der Flüssigkeitsansammlungen gezeitigt. Außer Coffein. pur. (Siegert) kommt besonders das Theozin in Betracht. Dasselbe bewirkt eine starke Vermehrung der Wasserausscheidung, zugleich mit einer solchen der ausgeschiedenen Chloride und Phos-

Digitized by Google

phate. Durch diese „Entsalzung“ des Körpers ist aber, wie Finsens Untersuchungen an sich selbst zeigen, eine nachhaltige Verminderung der Höhlenausscheidungen zu erwarten. Die Nierenmittel wirken nur vorübergehend und um den Effekt der Entsalzung aufrecht zu erhalten, bedarf es einer genauen Regelung der Diät, besonders einer Beschränkung der Kochsalzzufuhr. Die kochsalzarme Diät stellt allerdings große Anforderungen an den Willen des Kranken; eine Beschränkung der täglichen Kochsalzaufnahme auf 2 bis 3 g, wie sie Finsen längere Zeit an sich durchführte, wird sich selten erreichen lassen. Am besten läßt sich nach seiner Erfahrung die Diät dann durchführen, wenn man auch Brot und Butter ungesalzen verabreicht und daneben ein bestimmtes Quantum reines Kochsalz zu den Mahlzeiten gestattet. Möglichste Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr ist daneben notwendig. Schon diese allein vermag, wie Finsens erste Versuche zeigen, viel zu nützen, und viele Kranke finden diesen Umstand schon ohne ärztlichen Rat heraus. Eine reichliche Stickstoffzufuhr ist besonders für die Kranken notwendig, die durch gehäufte Punktionen große Eiweißverluste erleiden. Die Punktionsflüssigkeiten werden bei gesteigerter N-Aufnahme eiweißreicher, aber ein guter Teil des Stickstoffes gelangt immer zur Verwertung im Körper. Da größere Fleischgaben wegen ihres unvermeidlichen Kochsalzgehaltes verboten sind, so muß der Stickstoff in Milch und Käse möglichst reichlich zugeführt werden.

Die Punktion soll frühzeitig und oft erfolgen, damit die Bildung von Verwachsungen begünstigt wird. Von Verwachsungen ist aber deshalb ein günstiger Effekt zu erwarten, weil sie die Größe der freiliegenden sezernierenden Oberflächen vermindern. Die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes durch die Verwachsungen ist selten zu erwarten, da die Membranen schwach vaskularisiert sind. Sie ist auch nicht von der Bedeutung, wie etwa bei der Leberzirrhose, da die lokalen Stromhindernisse im Pfortaderkreislauf keinen hohen Grad erreichen. Ist deshalb der zu erwartende Effekt der Talmaschen Operation schon gering, so ist derselbe noch vermindert durch die oft vorhandene fibröse Schrumpfung des großen Netzes. Gegen ihre Vornahme spricht aber vor allem, wie gegen jede Laparatomie, die hochgradige Empfänglichkeit des Peritoneums für Infektionen. In zwei Fällen, in denen die Talmasche Operation versucht worden ist, ist ihr Ausgang eine letale Peritonitis gewesen. Bei der perikarditischen Pseudoleberzirrhose, wie bei kardialen Zirrhosen überhaupt, sind dagegen gute Erfolge dieser Operation zu verzeichnen gewesen. Auch die Punktionen werden in den fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung gefährlich; es ist deshalb strengste Asepsis bei ihrer Vornahme Bedingung.

Für die Fälle mit ausgesprochener Syncretio pericardii, besonders wenn eine Beteiligung der Brustwand zu vermuten ist, wird die Vornahme der Brauerschen Kardiolysis zu erwägen sein. Die bisherigen Erfolge dieser sinnreichen Operation berechtigen zu günstigen Erwartungen. — (Diss. München, 123 S., 1905.)

Argentum jodatum.

Argentum jodatum nascens, d. h. frisch gefälltes Jodsilber, hat sich nach J. Wilbert bei der Behandlung von Krankheiten der Harnwege als sehr wirksam erwiesen. Man erhält eine etwa 3% Jodsilber enthaltende Schüttelmixtur aus Argentum nitric. 2·2 g, Cal. jodat. 2·2 g, Aq. dest. 50 cm³, Mucilag. Carragheen 3 : 1000 q. s. ad 100 cm³. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1906.) — Argentum jadatum ist ein hellgelbes Pulver, das in Wasser und Alkohol unlöslich ist, sich aber in Jodkaliumlösung auflöst. Das Silbernitrat haben Siter und Uhle (Semaine méd., Nr. 22, 1905) wegen seiner unangenehmen Eigenschaft, die Haut und die Wäsche zu färben, bei der Behandlung der Urethritis gonorrhoica durch Silberjodid ersetzt und sind damit in mehr als 100 behandelten Fällen zu sehr befriedigenden Resultaten gelangt. (Mercks Ber., 1906.) Da sich das

Digitized by Google

Jodsilber in den gebräuchlichen Lösungsmitteln nicht löst, verwenden es die Autoren in wässeriger Suspension mit Quittensamenschleim, und zwar 5—10 g auf 100 g Schleim. Diese Mischung hat nicht nur den Vorzug vor Silbernitratlösungen, daß sie bedeutend weniger reizt, sie kürzt auch die heftigste Krankheitsperiode ab und bringt die brennenden Schmerzen beim Urinieren innerhalb 24 Stunden zum Verschwinden. Auch bei Zystitis soll sie gute Dienste tun.

Typhusbehandlung.

Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit besonderer Berücksichtigung des Laktophenins berichtet Freih. von Schuler aus dem evangelischen Krankenhaus in Gelsenkirchen.

Nach seiner Erfahrung ist das idealste Mittel gegen die verschiedenen Erscheinungen, welche der Typhus abdominalis darbietet, eine vernünftige, individualisierende Bäderbehandlung. Ist man verhindert, infolge äußerer Umstände von diesem Mittel Gebrauch zu machen, so empfiehlt es sich, dem Laktophenin den Vorzug bei der Wahl eines Antipyretikums zu geben, weil dieses Mittel zwar kein Spezifikum gegen Typhus ist, aber ein in den meisten Fällen prompt wirkendes Antipyretikum, bei Typhuskranken eine große Erleichterung des Allgemeinbefindens hervorruft, die sich in Wohlbefinden, Beruhigung, günstiger Beeinflussung des Magendarmkanals kundgibt, selbst bei dauerndem konsequenten Gebrauch eine Schädigung des Organismus nicht erkennen läßt, nur in den seltensten Fällen ungünstige Nebenwirkungen (Schwitzen) hervorruft. — (Diss. Freiburg i. Br.)

Narcyl (Aethyl-Narcein. hydrochloricum).

Von Berlioz wird das Narcyl beim Husten von Phthisikern, bei chronischer Bronchitis und bei Influenza empfohlen. Er verwendete Dosen von 0·06 bis 0·08 g und fand, daß es auch nach wochenlangem Gebrauch weder auf den Verdauungstraktus noch auf das Nervensystem irgend welche schädlichen Nebenwirkungen zeigte. — (Rev. internat. de méd. et de chir., Nr. 13, 1905.) — Debono hält besonders in der Kinderpraxis gegen Keuchhusten die Sirupform für die geeignetste Darreichungsweise. (Mercks Ber., 1906.) Erwachsenen kann man im Laufe von 24 Stunden 3—4 Eßlöffel voll à 0·03 g Narcyl, Kindern entsprechend weniger, und zwar von 2 bis 4 Jahren 1—3 Kaffeelöffel, von 4—7 Jahren 4—5 Kaffeelöffel und von 7—15 Jahren 1—2 Eßlöffel voll geben. — (Thèse de Paris, 1904.)

Marmoreks Serum.

Stadelmann und Benfey teilen in der Berl. klin. Wochenschr., Nr. 4, 1906, die Erfahrungen mit, die im Berliner Krankenhaus am Friedrichshain bei fünf Patienten gewonnen wurden; dieselben waren so wenig günstig, daß von einer weiteren Anwendung des Mittels Abstand genommen wurde. Stets trat eine bedeutende Verschlechterung unter der Wirkung des Marmorekschen Serums ein. Langdauernde Temperatursteigerungen nach den Injektionen, juckende Urtikarien, Infiltrationen und kleine Hautblutungen wurden oft bemerkt. Der Lungenbefund blieb unverändert, das Allgemeinbefinden wurde ungünstig beeinflußt. Auch durch allmähliche Steigerung der Dosen wurde dieses ungünstige Resultat nicht geändert.

Nicht besser sind die Erfahrungen von Krokiewicz und Engländer (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 11, 1906). Auch diese Autoren heben den sehr ungünstigen Einfluß der Injektionen auf die Temperaturverhältnisse hervor; wenn sie in einigen Fällen eine leichte Besserung des Allgemeinbefindens konstatieren konnten, so trat alsbald eine dauernde Verschlimmerung ein. Auch diese Autoren sahen unangenehme lokale Nebenwirkungen, wie Rötung, schmerzhafte Infiltrationen, diffuse Blutunterlaufungen an der Injektionsstelle, aber auch Symptome allgemeiner Intoxikation: Urtikaria, Hautjucken, schmerzhafte Schwellung der Inguinaldrüsen, allgemeine Schwäche, Kopf-, Glieder-, Gelenksschmerzen, Erbrechen, Diarrhöe, Unruhe, Benommenheit, Schlaflosigkeit. Der Prozeß wurde

Digitized by Google

in seinem Vorwärtsschreiten nicht aufgehalten. Erst nach dem Aussetzen der Einspritzungen besserte sich das Allgemeinbefinden und sank die Temperatur wieder.

Im Gegensatz zu vorstehend referierten Arbeiten sind die von H. Frey (Berl. klin.-ther. Wochenschr., Nr. 42, 1905) und Levin (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 4, 1906) zu günstigen Resultaten gekommen. Ersterer Autor rühmt die deutliche spezifische Wirkung bei tuberkulösen Erkrankungen. Er gab das Mittel per rectum in etwas größeren Dosen, als bei dem subkutanen Gebrauch und will bei dieser Verabreichungsform keinerlei üble Nebenwirkungen erlebt haben.

Auch Hoffa berichtet über günstige Erfolge mit dem Marmorekschen Serum. Er hat es seit zwei Jahren in etwa 40 Fällen aller Formen von Knochen- und Gelenktuberkulose angewendet, ohne je ungünstige Nebenwirkungen zu bemerken. Schweren, weit fortgeschrittenen Zerstörungen wurde kein Stillstand geboten, wenn auch ungewöhnlich schnelle Vernarbung, respektive Ausheilung umfangreicher osteomyelitischer Prozesse beobachtet wurde, die nur auf die Anwendung des Serums zurückzuführen waren. In vielen Fällen wurde ein günstiger Einfluß auf die Temperatur, das Allgemeinbefinden und den lokalen Krankheitsprozeß wahrgenommen. In etwa $^1/_3$ der Fälle stellte sich eine störende Serumreaktion ein. Bei Verwendung als Klysma war diesem Uebelstande abgeholfen. Das Mittel verdient nach Hoffa eine größere Beachtung, als ihm bisher zuteil geworden ist. — (Berl. klin. Wochenschrift.)

Serotherapie der Pneumonie.

An der Palschen Abteilung des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien wurden mehrere Beobachtungen über die Wirkung des bakteriziden polyvalenten Römerschen Pneumokokkenserums bei Pneumonie durchgeführt, über die S. Tauber Mitteilung macht. Als Einzeldosis wurden anfänglich 10, später 20 und 30 cm³ Serum intramuskulär injiziert. Unangenehme Nebenwirkungen kamen dabei nie zur Beobachtung. 5 Fälle von schwerer krupöser Lungenentzündung wurden durch die Seruminjektionen nicht beeinflußt. Dagegen zeigte sich eine günstige Einwirkung bei einer Reihe von Fällen reiner Diplokokkenpneumonie. Die Beobachtungen und Krankengeschichten müssen im Original studiert werden. So viel geht aus ihnen mit Sicherheit hervor, daß diese spezifische Therapie zu einer weiteren Prüfung ermutigt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1906.)

Lumbalpunktion bei Meningitis.

Ueber den therapeutischen und symptomatischen Wert der Lumbalpunktion bei der tuberkulösen Meningitis der Kinder sprach E. Schlesinger im Unterelsässischen Aerzteverein in Straßburg. Namentlich die Fälle, bei denen in der durch die Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden und die doch zur Heilung gelangt sind, machen es sehr wahrscheinlich, daß auch eine echte tuberkulöse Meningitis zur Heilung gebracht werden kann. Durch die Lumbalpunktion wird zunächst die durch das Exsudat drohende Gefahr der Hirndrucksteigerung beseitigt; das schließliche Schicksal der Patienten hängt von der Virulenz der Tuberkelbazillen ab. Die Punktion verschafft den Kranken meist eine, wenn auch vorübergehende Erleichterung, indem die Kopfschmerzen, Delirien, die Somnolenz nachlassen. Es gelingt aber auch, namentlich durch frühzeitige und ausgiebige Punktionen, die Krämpfe überhaupt nicht in die Erscheinung treten zu lassen, sie ganz zu vermeiden. — (Straßb. Med.-Ztg. Nr. 5, 1906.)

Behandlung der Chlorose.

Dr. Georg Luda (Berlin) berichtet in der Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau Nr. 2, 1906, über die günstigen Erfahrungen, die er in der Behandlung der Chlorose mit den Sanguinalpräparaten gemacht hat. Er hat hauptsächlich die Pilulae Sanguinalis und den Liquor Sangunalis Krewel zur Anwendung gebracht und ist damit so zufrieden gewesen,

Digitized by Google

daß er von einer direkt spezifischen Wirkung auf die Bleichsucht der weiblichen Patienten sprechen zu müssen glaubt. Dieser Einfluß ist nachhaltig und hat auch eine günstige Wirkung auf die Regelung der Menstruation. Vf. hat keine unangenehmen Nebenwirkungen der Sanguinalpräparate beobachtet. Vor anderen Eiweißpräparaten haben sie den Vorteil voraus, keine Obstipation hervorzurufen.

Therapie der Migräne.

Nach Mendel erscheint vor allem eine sorgfältige Regelung der Diät als eine der wichtigsten Aufgaben in der Behandlung der Migräne. Zu verbieten sind Alkoholika und Rauchen. Im übrigen beschränkt man sich nicht darauf, dem Kranken allgemeine Grundsätze für seine Diät zu verordnen, sondern gebe ihm einen speziellen Speisezettel für die einzunehmenden Mahlzeiten. Dabei wird in der Regel nur der einmalige Genuß von Fleisch täglich von Nutzen sein, während Milch, Obst in den verschiedenen Formen und Gemüse die Hauptsache der Kost zu bilden haben. Als Getränk gibt man Biliner-, Gießhübler-, Fachinger- etc. Wasser. Für den Sommer empfiehlt sich der Aufenthalt in bergiger und waldiger Luft. Ein Aufenthalt an der See ist weniger zu empfehlen. Auch den Bade- und Brunnenkuren redet Mendel nicht das Wort, sie verstärken nach seiner Erfahrung öfter die Anfälle.

Von Medikamenten sind Arsenik (Acid. arsenicos. in Pillen 0·0005—0·001 g zweimal täglich), Chinin und Eisen (bei Anämie), besonders auch Nitroglyzerin in Tabletten 0·0005—0·001 zweimal täglich oder in Tropfenform:

Rp.	Nitroglycerin.	0·1
	Spirit. vin. }	āā 10·0
	Acid. phosphor. }	

M. D. S. Zweimal täglich zwei Tropfen

empfohlen worden. Mendel verordnet mit Nutzen folgendes Rezept:

Rp.	Natr. bromat.	2·5
	Natr. salicyl.	0·25
	Aconitin (Gege)	0·0001

20 Tage lang hinter einander jeden Morgen nach dem ersten Frühstück 1 Pulver in einer großen Tasse Baldrian- oder Orangenblütentee; dann 10 Tage aussetzen, dann wiederholen u. s. w. In Fällen, wo schlechter Schlaf besteht oder die Anfälle schon beim Aufwachen früh in voller Heftigekit da sind, läßt Mendel die Pulver abends beim Zubettgehen nehmen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1906.)

Carron de la Carrière empfiehlt als Arzneimittel bei der Behandlung der Migräne Cannabis indica. In einer größeren Zahl von Fällen gelang es ihm, mit indischem Hanf Kranke von ihren Beschwerden zu befreien, welche vorher alle übrigen Mittel ohne Erfolg versucht hatten. Man verordnet das alkoholisch-wässerige Extrakt in Pillen von 0·015. Es wird mit einer Pille begonnen, die abends bei Zubettgehen einen Monat lang genommen wird. Ist die Wirkung ungenügend, so gibt man 14 Tage lang jeden Abend zwei Pillen, um dann abwechselnd von 14 zu 14 Tagen eine und zwei Pillen zu geben. Bei hartnäckigen Fällen gibt man abends zwei und morgens eine Pille. Mißerfolge sind häufig auf Kosten von schlechten Kannabispräparaten zu setzen. Zum Erfolg sind weniger große Dosen, als eine ununterbrochene Medikation während des ersten Jahres, selbst wenn der Kranke scheinbar genesen ist, nötig. In den späteren Jahren empfehlen sich von Zeit zu Zeit Kuren von einem Monat. Der Organismus zeigt keine Angewöhnung an das Mittel, und in den angegebenen Dosen kann es unbedenklich lange Zeit gegeben werden. Die Arzneibehandlung ist durch passende hydrotherapeutische Prozeduren zu unterstützen. Die kalte Dusche erregt zu sehr. Man wendet besser die warme Dusche allein oder kombiniert mit der kalten an und beginnt mit einer warmen Dusche von 38—40°, welche man in einer oder zwei Minuten auf 43—45° bringt, mit gebrochenem Strahl ohne Berührung des Kopfes und des Nackens, und zum Schluß mit vollem Strahl auf die Füße. Nach eingetretener Angewöhnung setzt man allmählich die Temperatur der Schlußdusche herab, um schließlich eine kurzdauernde kalte Dusche zu geben. Die

Digitized by Google

Dusche muß täglich gegeben werden, ohne Rücksicht auf Jahreszeit und Witterung und ohne Unterbrechung. Die Kranken fühlen sich zunächst angegriffen, der günstige Effekt macht sich später geltend. Nach jeder Dusche macht man eine allgemeine Abreibung zunächst mit dem Flanellhandschuh, später mit dem Roßhaarhandschuh.

Was die Behandlung des Anfalles selbst betrifft, so nimmt Carron de la Carrière von inneren Mitteln so viel wie möglich Umgang. Bei drohendem Anfall sucht er mit einer warmen Dusche zu kupieren. Nimmt trotzdem der Anfall seinen weiteren Verlauf, so verordnet er Bettruhe im halbdunklen Zimmer und macht Einreibungen der Stirn mit: Menthol, Chloroform, Methylsalizylat āā 5·0, Lanolin 30·0. Zwischen den Einreibungen kann man den Kopf mit heißen Tüchern umwickeln, die alle 5 oder 10 Minuten gewechselt werden. Bei größtem Schmerz verordnet er:

Rp. Chinin. hydrochlor. 0·5
Antipyrin 1·0
Tinct. Opii croc. gtt. X
Aq. dest. 30·0

Zu einem Klistier. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 4, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Stomatitis catarrhalis, aphthosa, ulcerosa (und Soor).

Rp. Ol. amygd. dulc.
Spirit. vin. rectif. } āā 15·0
Mucil. arab.
M. f. Emulsio
Adde Anästhesin 1·0
Syr. simpl. 15·0

M. D. S. Zum Einpinseln. — (Hoenigschmidt.)

Asthma.

Rp. Atropin. sulfuric. 0·15
Natr. nitros. 0·6
Glycerin. 2·0
Aq. dest. 15·0

M. D. S. Mittels eines Zerstäubers in möglichst fein verteiltem Zustand drei Minuten lang zu Einatmungen zu verwenden.

Die Wirkung dieser Mischung kommt dadurch zustande, daß sie beim Einatmen in die Luftröhre und deren Aeste gelangt, wo sie mit den Nervenendigungen und Schleimdrüsen in direkte Berührung kommt, wodurch die ersteren beruhigt und die Absonderungen der letzteren eingeschränkt werden. — (Bertram.)

Mastdarmkarzinom oder ulzerative Prozesse im Dickdarm.

Rp. Beta-Eucaini hydrochlor. 0·03
Morphini hydrochlor. 0·01
(oder Tinct. Opii simpl. gtt. X)
Aq. dest. 20·0

M. D. S. Die Hälfte oder das Ganze in den Mastdarm einzuspritzen. – (Bayer.)

Skrofulose.

1. Rp. Jodi puri 0·5
Kalii hydrojod. 1·0
Aq. dest. 100·0
Syr. simpl. 20·0

M. D. S. Drei- bis viermal täglich ein Kinderlöffel voll. — (Henoch.)

2. Rp. Natr. chlorati 3·0
Natr. hydrojod. 2·0
Aq. dest. 180·0
Aq. Menth. pip. } āā 5·0
Syr. simpl.

M. D. S. Vier Eßlöffel voll tagsüber zu nehmen. — (Monti.)

Gastritis acida (saurer Magenkatarrh).

1. Rp. Tinct. Bellad. 5·0—10·0
Tinct. Gentian. oder Calami oder Rhei oder Chin. 30·0

M. D. S. Dreimal täglich 30—40 Tropfen viertel- bis halbstündlich vor dem Essen auf Zucker oder in einem Weinglas voll Wasser zu nehmen.

2. Rp. Extr. Bellad. 0·2—0·3
Natr. bicarb. } āā 20·0
Magn. ust.

M. f. p. D. S. Zwei- bis dreimal täglich ein Teelöffel voll, ein bis drei Stunden nach dem Essen bei Krampf und Brennen im Epigastrium.

3. Rp. Extr. fluid. Condurango 50·0

D. S. Dreimal täglich einen halben bis einen Teelöffel voll bei Appetitlosigkeit.

Digitized by Google

4. Rp. Sol. Arg. nitr. 0·5 : 200·0 (!)
D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel (Porzellan) voll in einem Weinglas Aq. dest. eine Viertelstunde vor dem Essen bei Magenbrennen. — (Cohnheim.)

Hämorrhoiden mit juckenden, stark schmerzhaften Knoten.

1. Rp. Chrysarobin. 0·08
Jodoform. 0·02
Extr. Bellad. 0·01
But. Cacao 2·0
M. f. suppos.
D. S. Zwei bis drei Stück pro die.

2. Rp. Chrysarobin. 0·8
Jodoform. 0·3
Extr. Bellad. 0·6
Vaselin. 15·0
M. f. ungt.
D. S. Mehrmals täglich aufzustreichen. — (Cohnheim.)

Schluckweh bei Larynxtuberkulose.

Rp. Cocain. hydrochlor. } āā 0·25
Morph. hydrochlor. }
Glycerin. 4·0
Aq. dest. 160·0
— (Nikitin.)

Infektiöses Hornhautgeschwür.

Rp. Argyrol. 0·5
Holocain. 0·05
Atropin. sulfur. 0·02
Vaselin. 8·0
M. D. S. Zwei- bis dreimal täglich etwas in den Bindehautsack einzustreichen.

Die Salbe verteilt sich über die Oberfläche der Hornhaut und wirkt so auf das Ulcus ein. Das Holocain lindert den Schmerz und wirkt bakterizid. Diese Kombination von Argyrol mit Holocain und Atropin wirkt nach Hinshelwood (Die ophthalm. Klinik Nr. 6, 1906) in hohem Maße bakterizid, analgesierend und sedativ.

4. Varia.

Ueber die Skopolamin-Morphium-Narkose berichtet Anton Schmitz nach den Erfahrungen an der Freiburger Universitäts-Ohrenklinik in seiner Dissertation. (Freiburg i. Br. 1905.) Von einer Lösung von

Skopolamin. hydrobrom. 0·012
Morph. hydrochl. 0·12
Aq. dest. 10·0

wurden drei Spritzen 4, 2 und ½ Stunde vor der Operation gegeben.

Es sind bis jetzt im ganzen über 1000 Skopolamin-Morphium-Narkosen veröffentlicht. Die Todesfälle und Intoxikationserscheinungen sind zum Teil allerdings auf eine zu hohe Dosierung zurückzuführen, die glücklicherweise wenig Verbreitung gefunden hat. Die übrigen ungünstigen Zufälle schreibt Vf. nicht der Skopolamin-Morphium-Narkose zu. Die meisten, welche sich der Korffschen Methode bei ihren Narkosen bedienten, hatten nie einen Unfall zu beklagen und glaubten das Verfahren allgemein empfehlen zu können. Jedenfalls sind die Mängel, die der Skopolamin-Morphium-Narkose anhaften, gegenüber den Uebelständen der Chloroform- und Aethernarkose wohl in Kauf zu nehmen.

Die Skopolamin-Morphium-Narkose ist nach den bisherigen Erfahrungen der Chloroformnarkose bei langdauernden Operationen vorzuziehen. Herzkranke und Potatoren ertragen dieselbe besser als die Chloroformnarkose, doch muß man bei denselben vorsichtiger mit der Dosierung sein. Schläft ein solcher Kranker schon nach der ersten oder zweiten Injektion, so läßt man es dabei bewenden. Bei Kindern unter zehn Jahren ist das Verfahren nicht geprüft, dagegen kann man Kindern von 10—15 Jahren 1½—2 Einspritzungen geben und damit eine gute Narkose erzielen. Es ist nicht zulässig, in der Gesamtdosis von Morphium die Gabe von 4·5 cg zu überschreiten. Skopolamin kann man als Gesamtdosis bis zu 3·6 mg geben, ohne irgend welche besondere Störungen zu erleben.

Unverträgliche Arzneimischungen.

Natrium salicylicum gibt mit Borsäure eine leicht feucht und klebrig werdende Masse aus Natriumborsalizylat. Beide Substanzen dürfen demnach zu

Digitized by Google

trockenen Pulvermischungen nicht verwendet werden.

Eisenchlorid in Mixturen. Bekanntlich ist Eisenchlorid mit leicht oxydierbaren Stoffen, z. B. Alkalijodiden, nicht verträglich, doch läßt sich nach Dunstan die sonst stattfindende Jodausscheidung verhindern, wenn man zitronensaures Alkali zusetzt. Man mischt dasselbe direkt mit dem Eisenchlorid und fügt erst später das Jodid zu. Es entsteht dann eine gelblich-grüne Lösung, die kein freies Jod enthält und mit Ferrozyankalium auch nur eine schwache Eisenreaktion gibt. Es hat sich also ein komplexes Eisensalz gebildet, welches sich mit Jodiden nicht mehr umsetzt. — (Pharm. Ztg., Nr. 28, 1906.)

Oleum cadinum und Paraffinum liquidum zusammengemischt, geben eine schmutzige, trübe Flüssigkeit, aus der sich das Kadeöl nach kurzer Zeit ausscheidet.

Beim Mischen von Salol, Benzonaphtol und Thymol bildet sich nach Formenti eine sirupöse Flüssigkeit, die auf der Vereinigung von Salol und Thymol beruht.

Stovaïn gibt mit alkalischen Alkaloid- und Sublimatlösungen Niederschläge.

Styrax liquidus und Paraffinum liquidum mischen sich nicht. — (Pharm. Post, Nr. 16, 1906.)

Ueber die Heilwirkungen einer neuen Schlammart berichtet Dr. Hans Karfunkel in Niederfinow.

Es handelt sich um die therapeutische Verwendung eines Seeschlicks, der den Grund des ehemaligen Sees von Ludwigshof i. P. bedeckt. Der Seeschlick (Handelsname „Panzerschlick") besteht aus 80—90% Wasser und über 3% Stickstoff in der Trockensubstanz und enthält vorwiegend Kieselpanzer von abgestorbenen Bacillariaceenformen und Bruchstücke von solchen. Vf. hat diesen Seeschlick seit zirka 3 Jahren bei etwa 1500 Patienten angewandt und folgende Leiden mit Erfolg damit behandelt: Akute und chronische Neuralgien, Lumbago, Ischias, akute und chronische Gelenkleiden, frische Wunden mit Sublimatschlick (1 g auf 1 l Schlick), Panaritien, Frostbeulen, Tendovaginitis, Ulcus cruris, Erysipel, Brandwunden, Hautkrankheiten wie akute und chronische Ekzeme, Psoriasis, Herpes zoster, Clavi; ferner Gichtknoten, skrofulöse Geschwüre, Exsudate der weiblichen Genitaladnexe, Oedeme und andere Schwellungszustände. — Die Indikationen decken sich zum Teil mit denen anderer Schlamme und der Moore, sind aber weitgehender. Als grundlegenden Unterschied nennt Vf. die besondere Eigenschaft des Panzerschlamms, in beliebiger, selbst kalter Temperatur volle Wirksamkeit zu entfalten, doch will er für chronische Leiden die warme Anwendung vorgezogen wissen. Als Ursachen für die Heilwirkungen werden angeführt: das geringe Wärmeleitungsvermögen, wodurch die Körperteile unter gleichmäßiger Temperatur gehalten werden, der intensive, von den Kieselpanzern der Diatomeen ausgehende Hautreiz (Beeinflussung der Hautzirkulation), das Fehlen von Nebenwirkungen. Die Behandlung besteht in lokalen Packungen; dem Schlick können nach Belieben Medikamente hinzugefügt werden, wie Jodtinktur, Salizylsäure, Sublimat, essigsaure Tonerde, doch wird er vorzugsweise im Rohzustande verwendet, ist unbegrenzt haltbar, geruchlos. — Spezifische Wirkung schreibt Karfunkel dem Panzerschlamm zu bei Erysipel und Brandwunden, sowie bezüglich der Aufsaugung von Exsudaten in Gelenken. — Einige Krankengeschichten sind der Abhandlung beigefügt. — (Med. Klinik Nr. 53, 1905.)

Die Frage, ob der **Katheterismus (Luftdusche) bei der akuten Otitis media purulenta** wegen einer komplizierenden Mastoiditis indiziert oder kontraindiziert ist, beantwortet A. Schütz auf Grund der Untersuchungen an der Berner Poliklinik für Oto-Laryngologie dahin, daß bei einer akuten eitrigen Mittelohrentzündung die Luftdusche zu verwerfen sei dann, wenn nicht eine große Perforationsöffnung im Trommelfell besteht. Bei großer Perforation und nicht zu starkem Katheterismus kann der letztere eventuell

Digitized by Google

Gutes leisten und ohne Gefahr ausgeführt werden. Immerhin bleibt das Nachbehandlungsstadium die Hauptdomäne des Katheterismus. — (Dissert., Bern 1905.)

Bücher-Anzeigen.*)

Monumenta medica. Von Dr. Schaefer. Verlag Gebrüder Lüdeking, Hamburg 1906. Preis broschiert 1·20 Mark.

Die Monumente sind Originalstellen aus den alten Klassikern in Uebersetzung. Wenn auch die Geschichte der Medizin einen Teil derselben als Quellen benützt hat, so sind doch eigenartige neue Erhebungen gemacht worden. Dahin gehören die antiken Ansichten über den Alkoholismus und die Geisteskrankheiten. Dann sind manche Stellen kommentiert worden. Die im allgemeinen wenig bekannten aber berühmten Schilderungen des Flecktyphus in Athen von Thukydides und Lukrez und anderes werden wiedergegeben. Den Schluß bildet die Satire auf die Aerzte. — Eine empfehlenswerte Erholungslektüre.

Aetiologie und Klinik der Bakteriurie. Von Dr. Ferdinand Kornfeld in Wien. Leipzig und Wien 1906. Verlag von Franz Deuticke.

Das nun in Buchform vorliegende Werkchen gibt in extenso einen in der Wiener k. k. Gesellschaft der Aerzte gehaltenen Vortrag wieder. Wesentlich neue Gesichtspunkte konnten sich kaum ergeben und der Autor faßt den jetzigen Stand der Frage zusammen, indem er zunächst die vorliegende Literatur Revue passieren läßt, dann die Einteilung der Bakteriurie in Typen vorführt, die Trennung zwischen Cholezystitis und Bakteriurie streng durchführt und schließlich Aetiologie, Pathogenese, die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen und die Differenzialdiagnose bespricht. Eine kurze Kasuistik bringt in guter Auswahl Beispiele, die den Zweck des Büchleins zu illustrieren so recht geeignet scheinen. Wir glauben nämlich, daß der Hauptwert der vorliegenden Arbeit darin liegt, die Gesamtheit der Aerzte wieder einmal auf ein Leiden aufmerksam zu machen, das vielleicht wie kein zweites geeignet ist, zur Fehldiagnose einer einfachen Zystitis zu verleiten. Eine etwas größere Uebersichtlichkeit käme dem Werkchen sehr zu statten. E. Deutsch.

Hudens Sygdome og deres Behandling. Af C. Rasch. III. Lieferung. Kopenhagen 1906.

Karl Rasch, den wir heute als den berufenen Nachfolger A. Haslunds in der Leitung der dermatologischen Abteilung am Kommunehospital zu Kopenhagen begrüßen, bringt gleichsam als Ehrengabe sein vollendetes Handbuch in die neue, an Aufgaben reiche Position mit. In der Durchführung des Stoffes hat Vf. den schon in den angezeigten zwei ersten Bänden eingeschlagenen Weg gewissenhaft eingehalten und mit der gleichen Berücksichtigung der fachlichen Errungenschaften des Kontinents die Materie in kurzen Uebersichten zur Darstellung gebracht. Eingehender behandelt und nach den Schulen gewürdigt sind die Kenntnisse, welche sich allmählich bezüglich der Prurigo, des Lichen ruber, der Hautgangrän, Pemphigus, Hautatrophie etc. gefestigt haben. Dabei ist eine im Verhältnisse zum Umfange des Buches erstaunlich vollständige, mehr als flüchtige Berührung aller Prozesse hervorzuheben, die eigentlich nur fachmännisches Interesse haben (Nagelerkrankungen, Kolloidoma, Psorospermosis, Porokeratosis, Pseudexanthema elasticum, Leukämie, Granulosis rubra, Epidermolysis etc.). Scharfe Photogramme eigener Fälle und Beobachtungen von Neißer (Neurodermitis), Neumann (Elephantiasis), Hugnier (Esthiomene), Duhring (Zoster), Lelois (Hyster. gangraen.), Fox G. H. (Lichen ruber, Pityriasis rubra), Duhring (Dermatitis herpetiformis) u. a. ergänzen die Vorzüge des Handbuches, die alle anerkennen werden, denen das Idiom auch nur halbwegs geläufig ist. N.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Die Resultate der spezifischen Therapie der Tuberkulose.

Sammelbericht von Dr. **H. Hochheim** in Halle a. S.

Bei der großen Ausbreitung der Tuberkulose — sollen doch etwa 66% aller zur Sektion kommenden Leichen mit Tuberkulose behaftet sein — ist es erklärlich, daß eine Unsaat von Mitteln gegen diese Volkskrankheit im wahren Sinne des Wortes empfohlen wird.

Hier sollen uns lediglich die spezifischen Mittel beschäftigen, also diejenigen, welche nach Angabe der Autoren, bezw. der Erfinder gerade auf die Tuberkelbazillen, ohne ihren Träger bei aller Vorsicht zu schädigen, also die Tuberkulose heilen sollen. Auf alle angewandten Mittel einzugehen, ist natürlich eine Unmöglichkeit; denn die meisten sind ebenso schnell aus dem Arzneischatze wieder verschwunden, wie sie empfohlen wurden. Es genügt Karbolsäure, Salizylsäure, Chinin. sulfuricum, Cuprum phosphoricum, Ferrum jodatum saccharatum, Guajacolum carbonicum und valerianicum, Jodoform, Kreosot, Arsen, Solveol, Tinct. Eukalypti, Natrium cantharidicum, Ol. Terebinthinae, Pix liquida, Sapo kalinus vernalis, Tuberkulin, Tuberkulocidin, Tuberkuloalbumin, Tebecin zu nennen, um einen Begriff von der Menge der Mittel und auch ein ungefähres Bild von der Erfindungsgabe und der Gewissenlosigkeit einiger Menschenfreunde zu geben.

Bevor ich mit der Besprechung der angeblich spezifischen Antiphthisiaca beginne, muß ich vorerst noch auf die Möglichkeit, solche zu finden, näher eingehen. Nach meiner Ansicht ist gerade die Tuberkulose eine Krankheit, die durch spezifisch wirkende Mittel bekämpft werden kann, weil sie eine von jenen Affektionen ist, die zur Spontanheilung stark neigen. Sind doch von den eingangs erwähnten zwei Drittel Verstorbenen nur 9·87% lediglich der Tuberkulose zum Opfer gefallen. Von der Bekämpfung der Giftwirkung der Bakterien kann man sich, wie Pentzold sagt, nur dann einen Erfolg versprechen, wenn man die Bazillen selbst so verändert, daß ihnen nur noch die Bedeutung lebloser und zerstörungsfähiger Fremdkörper im Organismus zukommt. Das ist aber gleichbedeutend mit der bakteriziden Wirkung der betreffenden Substanzen und es können auch bei der kausalen Behandlung der Tuberkulose nur solche Mittel Erfolg versprechen, welche bakterizid wirken oder wenigstens die Vermehrung der Bazillen unmöglich machen. Eine Aufhebung der Wirkung der in die Säftemasse diffundierenden Gifte würde bei der Tuberkulose die örtliche Vermehrung der Bazillen nicht hindern; es bliebe somit die Gefahr der Zunahme der örtlichen Gewebsveränderungen und der Metastase.

Von außen zugängliche Herde wird man durch die verschiedensten chemischen Agentien, durch Sonnenlicht etc. beeinflussen und dabei auch die Bazillen töten können. Dieses Resultat ist das Ideal auch für die nicht direkt zugänglichen tuberkulösen Herde in Lunge, Hirn, Darm etc., das man durch Darreichung sogenannter spezifischer Mittel per os, subkutan oder intravenös erstrebt. Zu erwägen ist bei diesen Versuchen auch noch die Einwirkung der Mittel auf die Gewebszellen; diese sollen intakt bleiben. Außerdem besteht bei der Tuberkulose noch die Schwierigkeit, die Mittel durch das Blut den Bazillen zuzuführen, weil die Tuberkel gefäßlos sind und die Bazillen gerade in den abgestorbenen gefäßlosen Käseherden einen günstigen Entwicklungsboden finden. Es kann sonach der Versuch, die Bazillen durch eingeführte chemische Agentien zu töten, wesentlich nur in jener Zeit

Digitized by Google

vorgenommen werden, in der die Bazillen in gefäßhaltiges Gewebe verschleppt werden.

Hienach sind also die Aussichten, eine Initialtuberkulose zu heilen, prima, vorgeschrittene Tuberkulose in Heilung überzuführen, zweifelhaft, dagegen den Körper vor Weiterverschleppung der Bazillen zu schützen, gut, die Miliartuberkulose günstig zu beeinflussen, gleich null.

Jede spezifische Behandlung muß selbstverständlich durch hygienische Maßregeln — Verbot des Alkohols, gute Ernährung, Reinlichkeit — unterstützt werden.

Schon längst hatte man die Bedeutung der Tuberkulose für die Volksgesundheit erkannt und jedes Mittel versucht, das nur den leisesten Anschein hatte, die Seuche in einer Weise günstig zu beeinflussen. Die Hochflut der antituberkulösen Mittel entstand aber erst mit Beginn der antiseptischen Zeit. Von nun an wurde jedes Antiseptikum gegen die Tuberkulose versucht, ohne jede Rücksicht auf die Gewebe. Was man von ihnen erwartete, trat nicht ein. Ein Arzneimittel, das helfen soll, darf niemals den Appetit in ungünstigem Sinne beeinflussen. Die Magenfunktion muß vielmehr durch die Medikamente gehoben werden. Der Magen ist der Indikator für die Zuträglichkeit und Bekömmlichkeit der per os gereichten Mittel.

Eines der seit Jahrzehnten auch schon in der vorantiseptischen Zeit gebrauchten Antiphthisiaca ist das Kreosot, ein Gemisch aus Guajakol, Kreosol, Kresol etc., das besonders Sommerbrodt warm empfiehlt, mit dem auch vielfach Heilungen erzielt sind. Ueber die Wirkung des Kreosots sind die Autoren noch nicht einig. Während der genannte Hauptverfechter der Kreosottherapie eine spezifische Wirkung auf den Krankheitserreger vertritt, steht die Majorität auf dem Standpunkte, daß das Kreosot keine Vernichtung der Krankheitsursache, häufig aber eine Besserung des Krankheitsverlaufes herbeiführt, hauptsächlich infolge seiner indirekten Einwirkung der Hebung des Appetits und der Ernährung, der Verminderung des Hustens und des Auswurfs. Um die unangenehmen Eigenschaften des Kreosots zu umgehen, hat man es durch Guajakol, den wirksamen Bestandteil des Kreosots, ersetzt und dieses per os oder, wegen der großen Quantitäten, die notwendig sind, um das Blut bakterizid zu machen, subkutan gegeben.

Eine andere spezifische Behandlungsweise ist von Landerer erfunden; sie besteht in der intravenösen Injektion von Perubalsam, später der in diesem enthaltenen Zimmtsäure. Die Erfolge, die Landerer und seine Anhänger erzielten, sind sehr gute: 58% Heilungen, 20% Besserungen. Sämtliche Kranke, die bei der Aufnahme nur Infiltrationen, ohne wesentliche Zerstörungen darboten, sind geheilt, darunter auch solche, die im Beginne mäßige Temperatursteigerungen, bis 39°, darboten. Von den Kranken mit Kavernen ist ein Teil gebessert, indem die umgebenden Infiltrate geschwunden, die Kavernen kleiner geworden sind und zum Teil sogar bazillenfreier Auswurf entleert wird. Die Kranken mit Phthisis florida (galoppierende Phthise), namentlich jugendliche Personen, sind mit wenigen Ausnahmen sämtlich gestorben, ein Kranker geheilt, ein anderer gebessert. Koxitiden mit und ohne Eiterungen wurden erfolgreich mit wenigen Ausnahmen behandelt; auch sonstige chirurgische Tuberkulosen, besonders auch Lupus, wurden durch Perubalsaminjektionen günstig beeinflußt. — Der Haupteffekt, der durch Landerer erzielt wird, ist eine starke Leukozytose, die nach zwei Stunden beginnt und nach acht Stunden ihren Höhepunkt erreicht, um nach 24 Stunden wieder abzuklingen. Versuche, den Perubalsam auch subkutan und intramuskulär zu geben, sind gemacht, jedoch mit wesentlich geringeren Erfolgen. — Die Injektionen mit zimmtsaurem Natron erzeugen um die Tuberkelherde eine aseptische Entzündung, weiterhin eine Vernarbung und Abkapselung. Die Bazillen werden, ohne daß das Mittel direkt auf sie einwirkt, geschädigt und unschädlich gemacht.

Daß Landerer so wenige Anhänger bisher gefunden hat, liegt wohl in der etwas unbequemen intravenösen Darreichung; denn, daß Landerer in seiner Jahrzehnte langen Erfahrung gute,

Digitized by Google

teilweise sogar glänzende Erfolge zu verzeichnen hat, unterliegt keinem Zweifel. Die von Zeit zu Zeit von seiner Seite und von der seiner Schüler, die auf die Hetolbehandlung schwören, veröffentlichten Berichte beweisen, daß Heilung, bezw. Besserung je nach Fall und Umständen nicht ausbleiben, wenn man streng nach Landerers Vorschriften verfährt. Klagen, die über die Mangelhaftigkeit der Kur vielfach laut wurden, sind kein Beweis für die Minderwertigkeit der Hetoltherapie. Denn bei näherem Zusehen erfuhr man, daß die Unzufriedenen ohne Wahl der Fälle und nach eigener Methode, d. h. nicht intravenös, sondern intramuskulär oder subkutan vorgingen. Daß auf diese Weise ein Erfolg auch zu erzielen ist, ist nachgewiesen; aber der Verlauf der Kur ist ein sehr langsamer, weil die Leukozytenvermehrung nicht in dem Maße wie bei der intravenösen Applikation stattfindet.

Um auch die Kavernen wirksam behandeln zu können, empfiehlt Landerer die Thorakoplastik und Hetolbehandlung; er glaubt, daß größere Höhlen in den Lungen ebensowenig ausheilen können wie Empyemhöhlen, weil sie wegen der starken Thoraxwände nicht zusammenfallen können. — Der Mischinfektion glaubt Landerer mit intravenösen Injektionen mit kolloidalem Silber 2—4 cg einer einperzentigen Lösung mehrmals wöchentlich beikommen zu können.

Lassar hat bei Hodentuberkulose, die durch den Nachweis von Tuberkelbazillen sichergestellt war, Heilung durch Hetol erzielt, die Fisteln schlossen sich, das Volumen der Hoden ging zurück, alle Beschwerden schwanden, schließlich war nur eine narbige Zusammenziehung der Hoden zu konstatieren.

Brasch und Krone halten das Hetol zur Zeit für das beste Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose. Brasch beobachtete, daß die Patienten sich nach einigen Wochen wie neugeboren fühlten, nachdem Nachtschweiße, Husten, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Abmagerung geschwunden waren.

Um die Hetoltherapie auch im ausgedehnten poliklinischen Betriebe verwenden zu können, empfiehlt Bulling, das phenylpropiolsaure Natron s. Hetol inhalieren zu lassen. Die Aussichten, auf diese Art Heilungen oder Besserungen zu erzielen, sind nach seinen Berichten sehr gut.

Der Heilungsverlauf der mit Hetol behandelten Tuberkulose ist folgender: Es entstehen nacheinander Leukozytose in der Umgebung der Herde, dann ein Stadium der Umwallung, Umkapselung, Bindegewebsdurchwachsung und schließlich Vernarbung der tuberkulösen Herde. Das Hetol hat vor anderen Medikamenten noch den Vorteil, daß keine Nebenwirkungen ungünstiger Art beobachtet werden. Außerdem ist diese Behandlung in Verbindung mit diätetischen Maßnahmen in der Häuslichkeit der Kranken bei ambulanter Behandlung erfolgreich durchführbar, die Resultate besser und anhaltender als in Anstalten und — last not least — billiger. Wie vielen Patienten könnte man nicht ambulatorisch durch die Hetolbehandlung helfen, wenn nur ein Bruchteil der großen Kapitalien, wie sie für Heilstätten bewilligt werden (pro Bett 2200— 7700 Mk. pro anno) für Behandlung der Patienten in der Heimat bezahlt würde. In wirtschaftlicher Beziehung würde der Familie und dem Staate eine Menge von Kapital und Kraft erhalten. Außerdem blieben die Patienten in ihrer einfachen Umgebung und in ihrem Wirkungskreise, sie könnten, ohne irgendwie verwöhnt zu sein, nach beendeter Kur ihrer Beschäftigung in gewohnter Weise nachgehen. Die Entlassenen einer Anstalt sind häufig derart anspruchsvoll, daß sie sich in ihrer eigenen Behausung nicht mehr wohl fühlen können und, vielleicht nicht einmal geheilt nach Hause zurückgesandt, für die Arbeit mehr oder weniger unbrauchbar geworden sind.

Ein anderes, vielfach gebrauchtes Tuberkulosemittel ist das von Koch 1890 der Oeffentlichkeit übergebene Tuberkulin. Die Begeisterung, mit der dieses Heilmittel aufgenommen wurde, legte sich sehr bald. Man erwartete zu viel davon. Dies mochte wohl daher kommen, daß es vom Entdecker des Erregers der Tuberkulose selbst erfunden war. Anfangs

Digitized by Google

waren lediglich Erfolge zu verzeichnen. Der verschwindend kleine Teil der Mißerfolge wurde gar nicht beachtet. Geradezu frappierend waren aber auch wirklich die Heilungen bei äußerer Tuberkulose, besonders bei Lupus vulgaris. Dieser schwand nach kurzer Behandlung; man sah glatte Narben, und diese genügten, ihn für geheilt zu erklären. Die Enttäuschung kam bald nach. Neue Lupusknötchen schossen in scheinbar geheilten Partien auf, der Prozeß begann mit doppelter Heftigkeit. Allmählich wurde man kleinlaut, man urteilte über die Koch'sche Lymphe im entgegengesetzten Sinne: Tuberkulin ist ein Gift, dessen Anwendung nach den bisherigen Erfahrungen nicht statthaft ist. Die Erfolge bei Lungentuberkulosen waren auch nicht mehr so glänzend, und die plötzlichen Unglücksfälle, die im Anschluß an die Injektionen vorkamen, wurden dem Mittel zugeschoben. Schließlich wurde man vorsichtiger. Erstens suchte man von jetzt an die günstigen Fälle aus, d. h. Initialtuberkulosen ohne Fieber, und injizierte kleinere Dosen. Man begann nicht mehr mit 0·001, sondern mit 0·0005 oder 0·00025 g und stieg nur langsam. Eine höhere Dosis wurde erst dann für zulässig erklärt, wenn eine Reaktion auf eine Injektion nicht mehr auftrat. So erreichte man mit kleinen Dosen und viel Geduld recht gute Heilungsresultate bei Phthisis der Lungen, des Kehlkopfs, chirurgischer Tuberkulose, tuberkulösen Augenaffektionen, ekzematösen Hornhautgeschwüren skrofulöser Kinder, Morbus Addissonii.

Ueber die Wirkung des Tuberkulins äußert sich Kromayer folgendermaßen: Das Koch'sche Mittel wirkt auf die Umgebung der Tuberkeln. Betrachtet man die Umgebung genauer, so kann man drei Formen unterscheiden: 1. der als Fremdkörper wirkende Tuberkel ist von einer kleinzelligen Infiltration umgeben; die Umgebung zeigt die ersten Veränderungen einer reaktiven Entzündung. Hieher gehören vor allem die Tuberkel der miliaren Tuberkulose. 2. Die Umgebung weist neugebildete Gefäße auf, die Entzündung befindet sich im Stadium der Granulationsbildung; hieher gehören die meisten Fälle von Lupus. 3. Die Umgebung besteht aus neugebildeten, wenig oder gar nicht gefäßhaltigem Bindegewebe; die Tuberkel sind dann wegen ungenügender Ernährung meist verkäst. Hieher gehören die tuberkulösen Peribronchitiden.

Ueberlegt man sich nun, daß das Koch'sche Mittel nur von den Blutgefäßen aus und nur durch Anregung einer Entzündung wirken kann, so ist ohneweiters klar, daß sich nur die zweite Form für diese Behandlung eignet, während da, wo noch keine Blutgefäße oder keine mehr um die Tuberkel zu finden sind, weder Reaktion noch Heilwirkung deutlich sein können. Die Heilwirkung denkt sich Kromayer ganz entsprechend der Naturheilung der Tuberkulose in Form einer chronisch werdenden, zur Narbenbildung führenden Entzündung um den Tuberkel herum. Da diese Entzündung je weiter sie vorschreitet, desto ungünstigere Bedingungen für die Einwirkung des Tuberkulins schafft, so ist es nicht unmöglich, daß das Tuberkulin die Heilung der peripherisch vaskularisierten Tuberkeln einleitet, aber nicht vollendet.

Aus diesem Grunde empfehlen Riegner und Schede, vor operativen Eingriffen Tuberkulin zu injizieren, dann erst zu operieren, weil man oft durch diese vorausgeschickte Behandlung die Operation verkleinern, beschränken kann.

Kleine Dosen, kräftiger Ernährungszustand und gute hygienische Verhältnisse geben die beste Garantie für den Erfolg der Kur. Vorsichtig muß aber auch hier verfahren werden; denn das Tuberkulin ist keineswegs ein indifferenter Stoff, unter Umständen kann er sogar den Anlaß zur Miliartuberkulose geben und den Tod herbeiführen. Außerdem sind nicht selten stärkere physikalische Reaktionen mit Schlaflosigkeit, Aufgeregtheit oder tiefer Depression beobachtet; einmal erlag eine Patientin nach der 17. Einspritzung einer schweren Psychose. Bei der Sektion konnte nur eine geringe Spitzentuberkulose beiderseits, im Gehirn dagegen nichts Pathologisches konstatiert werden.

Digitized by Google

Nach Petruschkys Erfahrungen bleibt der lokale Krankheitsbefund bei kleinen Dosen lange Zeit stillstehend, während man mit der Impfung bereits auf hohen Dosen angelangt ist; eine Besserung tritt dann aber nachträglich um so sicherer und Schritt für Schritt ein. Nach seiner Ansicht ist die Wirkung des Tuberkulins lediglich eine immunisierende, die erst nach Einverleibung einer genügenden Menge Tuberkulins zum Vorscheine kommt.

Unna behauptet, daß Tuberkulin die eigentlichen Tuberkel nicht zerstören und deshalb den Lupus nicht zur Heilung bringen kann. Die unbestreitbaren auffallenden Besserungen bewirkt das Mittel durch seine Einwirkung auf die geschwulstartige Neubildung, durch welche sich der Lupus vor anderen Tuberkulosen auszeichnet. Niemand werde sich in Zukunft noch der Illusion hingeben, mit dem Tuberkulin, wie es zur Zeit ist, auch nur einen eben beginnenden Lupus völlig ausheilen zu können; aber anderseits werde jeder, welcher Lupus zu behandeln hat, wohl daran tun, sich der segensreichen Einwirkung des Tuberkulins auf das lupöse Plasmom und das lupöse Fibrom im vollen Umfange zu versichern, wo immer diese Gewebe in erheblicher Ausbildung vorhanden sind. Unna hat nun versucht, das in jedem Lupus vorhandene Tuberkulin selbst als Heilmittel zu benutzen, d. h. dieses durch Massage in die nächste Umgebung und mit Hilfe der Zirkulation auch in entferntere Stellen zu verteilen. Die zu massierende Stelle wird vorher mit Salizyl-Kreosot-Pflastermull bedeckt. In der nächsten Umgebung der massierten Stelle bemerkt man deutliche Tuberkulinreaktionen, die schnell zu einer erheblichen Besserung führen. Zu Allgemeinerscheinungen kommt es nicht.

König will infolge der Tuberkulinbehandlung Ausbreitung der Tuberkulose und sogar Todesfälle, Schwellung der Milz und beträchtliche Schädigungen der Nieren beobachtet haben.

Thamm hat 40% Heilungen und 45% Besserungen zu verzeichnen.

Petruschky schlägt Etappenbehandlung vor; in 3—4 Monaten jedesmal so lange bis die Patienten nicht mehr reagieren. Die Erzielung einer Dauerheilung durch Tuberkulin ist also tatsächlich erreichbar, aber nicht, wie man früher zu wähnen schien, mit einem Zauberschlage, sondern auf dem langwierigen und mühevollen Wege jahrelanger, aufmerksamer Arbeit. Er berichtet von 22 Geheilten. — Auch Krause glaubt, daß bei richtiger Anwendung des Tuberkulins gute Erfolge zu erzielen sind.

Menzer hat einen ähnlichen Weg wie Koch in der Bekämpfung der Tuberkulose, aber in seinen Voraussetzungen doch wesentlich verschiedenen eingeschlagen. Als Haupterfordernis erachtet er die Bekämpfung der Mischinfektion. Er machte Versuche, diese bei der Lungentuberkulose mit Streptokokkenserum zu behandeln. Von dem gewiß wichtigen Grundsatze ausgehend, daß diese Mischinfektion in vielen Fällen die therapeutischen Beziehungen vereitelt, suchte Menzer den Erreger dieser Mischinfektion direkt zu bekämpfen, weil man alsdann doch den Zustand der unkomplizierten, also der Behandlung zugänglichen Tuberkulose vor sich hätte. Mit der speziellen Behandlung dieser auf Streptokokkeninvasion beruhenden Mischinfektion glaubt nun aber Menzer noch ein anderes Ziel verbinden zu können, indem die durch Immunisierung gegen eine bestimmte Bakterienart erzeugten Antikörper nicht nur spezifisch auf diese Bakterien wirken sollen, sondern auch auf andere Bakterienarten. Dementsprechend hat Menzer bei Tuberkulösen in verschiedenen Stadien gute Erfolge erzielt. Die ersten Dosen rufen geringe lokale und allgemeine Reaktion hervor unter Steigerung des Auswurfs, in dem Kokken und Tuberkelbazillen reichlicher auftreten. Gleichzeitig damit zeigen sich Leukozytose und leichte Temperatursteigerung. Als Folge treten Besserung des Allgemeinbefindens, vermehrte Eßlust, Gewichtszunahme auf, während die örtlichen Krankheitserscheinungen zurückgehen, namentlich die katarrhalischen Symptome schneller, als durch andere Mittel beseitigt werden.

Das von Liebreich eingeführte kantharidinsaure Natron, dem anfangs

Digitized by Google

eine spezifische Wirkung nachgesagt wurde, ist wegen der schweren Nebenerscheinungen bald als unbrauchbar wieder verlassen. Selbst in der Hand des vorsichtigen Arztes ist es als gefährliches Gift erkannt. Es wurde ohne wirklichen Nutzen angewandt; das einzig Auffällige war die erleichterte Expektoration, aber nur nach den ersten Einspritzungen; bei fortgesetzter Behandlung wurde das Sputum wieder dicker, zäher, die Expektoration oft schwerer als vor den Injektionen. Nach Rennenkampf und Guttmann sind weitere Versuche mit dem nutzlosen gefährlichen Mittel unerlaubt, da Erfolge, wenn überhaupt zu verzeichnen, selten dauernd, Schädigung der Nieren und Blase, die schon nach kleinsten Dosen auftreten, meist irreparabel sind.

Ein sehr bequemes und wirksames Präparat ist das Thiocol, das sulfoguajakolsaure Kalium. Nach Serafidis Ansicht ist es das beste Heilmittel gegen Lungentuberkulose, das noch befriedigendere Resultate gibt wie Kreosot und Guajakol, aus welch letzterem das Thiocol hervorgegangen ist. Bei der weniger bemittelten Bevölkerung, wo von den zwei Hauptbedingungen der Tuberkulosebehandlung — gute Ernährung und gute Luft — besonders letztere oft unmöglich zu erzielen ist, ist man immer noch auf Ersatz durch Medikamente angewiesen. Das Thiocol nun hat den Vorteil, daß es in allen Stadien der Tuberkulose, selbst während der Kongestionserscheinungen, ohne irgendwelche Gefahr Anwendung finden kann. Als unmittelbare Folgen dieses Medikaments kann man Verminderung des Auswurfs, Besserung des Appetits, des Allgemeinbefindens, Aufhören des Erbrechens konstatieren. Man gibt es als Pulver oder in Lösung (Sirolin, Sovisin) in der mittleren Dosis von 2 g pro die. Die Behandlung muß lange fortgesetzt werden und kann es auch, ohne irgendwie den Magen zu belästigen.

Es gibt noch eine große Reihe von Mitteln, die wesentlich besser sein sollen als die genannten. Bei der gewissenlosen Reklame, mit der sie leider auch von Aerzten angepriesen werden, sollen sie hier nicht weiter benannt werden. Es sei bloß bemerkt, daß eines von ihnen eine Panacee gegen jede Infektion, äußerliche oder innerliche, sein soll, sich natürlich besonders gegen Tuberkulose bewährt hat. Einem anderen werden etwas weniger Indikationen gestellt. Immerhin soll es aber doch gegen Tuberkulose in allen Stadien helfen und neues atmungsfähiges Lungengewebe entstehen lassen!

Das Resumé dieser Abhandlung ist demnach folgendes: Es gibt auch in der Phthiseotherapie noch kein unfehlbares Mittel; die Behandlung der Phthise ist langwierig und fordert von Arzt und Patienten viel Geduld. Die bequemste der erwähnten Therapien ist jedenfalls die mit Thiocol, das man, weil unter diesem Patentnamen sehr teuer, als Kalium sulfoguajacolicum zweckmäßig als Schachtelpulver ordiniert. Es ist absolut geschmacklos und ohne nachteilige Wirkung auf den Magen. — Sollte es jemals dazu kommen, daß für ambulatorische Behandlung von Phthisikern Gelder bewilligt werden, statt sie in sogenannte Heilstätten zu schicken, so steht der Hetol- und der Tuberkulinbehandlung nichts mehr entgegen. Jedenfalls wäre es wünschenswert, das reine Kreosot wegen seines widerwärtigen Geschmackes und seiner zweifelhaften Wirksamkeit ganz beiseite zu lassen.

Literatur.

Ebstein W., Handbuch der praktischen Medizin, Bd. 1, 1904.

Eulenburgs Real-Enzyklopädie, XXIV.

Huhs E., Therapie und experimentelle Feststellung über die Wirkung des Griserin bei Tuberkulose. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 49, 1905.

Jacob und Pannwitz, Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose, 1901 u. 1902.

Landerer A., Eine neue Behandlungsweise tuberkulöser Prozesse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40 u. 41, 1888.

Derselbe. Berichte der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig: Neuere Erfahrungen bei Tuberkulose. 18. Dez. 1888.

Derselbe. Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Leipzig 1892.

Derselbe. Ueber die Behandlung tuberkulöser Prozesse mit Zimmtsäure. Berichte der Medizinischen Gesellschaft in Leipzig. 29. Nov. 1892.

Digitized by Google

Derselbe. Anweisung zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Leipzig 1893.

Derselbe. Mitteilungen aus Krähenbad im Schwarzwalde. Heilanstalt für innere und chirurgische Tuberkulose. Köstritz 1897.

Derselbe. Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Leipzig 1898.

Derselbe. Zur Frage der intravenösen Injektion. Ther. Monatsh. 1902.

König F., Bericht über die im Wintersemester 1890/91 zur Beobachtung gelangten Organe von mit Tuberkulin behandelten Individuen. Deutsche med. Wochenschr., XVII.

Krause Paul, Erfahrungen aus der Praxis über das Koch'sche Tuberkulin. Deutsche med. Wochenschr., XXI., 1895.

Krause, Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Hetol. Berl. klin. Wochenschr., XXXIX., 1902.

Kromayer, Histologische Mitteilungen über die Wirkungsweise des Tuberkulins. Deutsche med. Wochenschr., XVII., 1891.

Krone, Beiträge zum heutigen Stande der Tuberkulose-Therapie. Aerztl. Rundschau Nr. 12 und 13, 1904.

Liebreich O., Enzyklopädie der Therapie. 1896—1900.

Derselbe. Die Wirkung der kantharidinsauren Salze. Berl. klin. Wochenschr., XXVIII., 1891; Ther. Monatsh., V., 1891.

Menzer, Die Streptokokkenserumbehandlung der Tuberkulose-Mischinfektion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43, 1903.

Derselbe. Die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Bekämpfung der Mischinfektion. Berlin 1904.

Penzold und Stintzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. 1901.

Petruschky J., Ueber die fragliche Einwirkung des Tuberkulins auf Streptokokkeninfektionen. Zeitschr. f. Hyg., XIX., 1895.

Riegner, Einige Bemerkungen über die Behandlung tuberkulöser Erkrankungen mit zimmtsaurem Natron nach Landerer. Münch. med. Wochenschr., XLIX., 1902.

Derselbe. Bericht über meine Erfahrungen mit dem Koch'schen Mittel bei chirurgischer Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., XVII., 1891.

Schede Max, Behandlung des Lupus mit Koch'schen Injektionen. Deutsche med. Wochenschr., XVII., 1891.

Schmidt Moritz, Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1903.

Schröder und Blumenfeld, Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. 1904.

Serafidi, Thiocol. Revue de Thérapeutique Medico-chirurgicale, 15. Okt. 1905.

Sommerbrodt, Ueber Ersatz und Ergänzung der Koch'schen Behandlung der Lungentuberkulose durch meine Kreosotbehandlung. Berl. klin. Wochenschr., XXVIII., 1891.

Derselbe. Weitere Mitteilungen über die Heilung der Tuberkulose durch Kreosot. Berl. klin. Wochenschr., XXVIII., 1891.

Thamm A., Ein mit dem Koch'schen Mittel geheilter Fall von Gehirntuberkulose als Komplikation von in gleicher Weise geheilter Lungentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr., XXVIII., 1891.

Unna P. G., Ueber die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupusbehandlung. Monatsh. f. prakt. Dermatol., XI., 1891.

Weißmann, Hetolbehandlung der Tuberkulose und Heilstättenbewegung und ihr Einfluß auf die wirtschaftliche Lage der Aerzte. Aerztl. Rundschau Nr. 40, 1902.

REFERATE.

Innere Medizin.

Blut.

1. **Diagnose und Behandlung der Anämie.** Von Harlow Brooks. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Aetiologie und Pathogenese der perniziösen Anämie.** Von C. H. Bunting. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber die Wurmkrankheit der Bergleute (Anchylostomiasis).** Von Medizinalrat Teuholt. Ref. F. Perutz, München.
4. **Ueber die sogenannten Bergmannskrankheiten.** Von Dr. Elsaesser. (Verlag von F. W. Becker in Arnsberg i. W. 60 Pf.) Ref. F. Perutz, München.

Digitized by Google

5. **Beitrag zur Behandlung der Anchylostoma-Anämie.** Von A. Berti. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

6. **Die Jodgelatine „Sclavo" bei der Behandlung der Chlorose.** Von A. Castellini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

7. **Mechanische Reinigung des Blutes.** Von Ch. Répin. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

8. **Pathogenetische Studie über die paroxystische Hämoglobinurie.** Von P. Hornus. Ref. Fritz Loeb, München.

9. **Künstliche Leukozytose als therapeutische Maßnahme.** Von H. A. Becker. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

10. **Einfluß der Eisen- und Arsendarreichung auf die Urobilinausscheidung.** Von P. F. Zuccòla. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

I. Bei der Behandlung der Anämie (die ausführlichen Abhandlungen über die Diagnose übergehe ich als nichts Neues bringend) kommen in erster Linie hygienische Faktoren in Betracht. In allererster Linie frische Luft und Sonnenlicht. In leichten Fällen verschafft man sie den Kranken durch Spazierengehen, Reiten oder Fahren, in schwereren durch Sitzen oder Liegen im Freien, bei offenem Fenster etc. (In amerikanischen Hospitälern stehen zu diesem Zwecke Zelte zur Verfügung; ferner gibt es dort schwimmende Hospitäler, wo die Patienten auf offenem Deck sich der Luft und der Sonne aussetzen können.) Bei der Frage, ob man sich diese hygienischen Faktoren besser im Gebirge oder an der See verschafft, hat stets die Liebhaberei des Patienten den Ausschlag zu geben. Körperbewegung ist dabei nicht zu vernachlässigen, bei bettlägerigen Patienten durch passive Bewegung und Massage; immer aber müssen dabei die Kräfte des Patienten, besonders sein Herz, sorgfältig berücksichtigt werden. Dann gibt es wieder Fälle, die absoluter Ruhe bedürfen, besonders solche, wo Komplikationen von Seiten des Herzens vorliegen. Oft tuen bei anämischen Individuen Klima- und Höhenwechsel gute Dienste; allzugroße Erhebungen sind aber zu meiden. — Magen- und Darmstörungen spielen in der Aetiologie wie auch in der Symptomatologie der Anämie eine große Rolle; auf sie ist daher stets ernstestes Augenmerk zu richten, und manche Kliniker beginnen jede Kur bei Anämischen mit energischer Purgierung, die, abgesehen von der Entfernung stagnierender Kotmassen, noch den Vorzug hat, Parasiten oder wenigstens ihre Eier abgehen zu lassen. Sehr häufig sind mit anämischen Zuständen ernste Magenleiden, wie Achylie oder schwerere motorische Insuffizienz, verbunden; sie indizieren die Anwendung des Magenschlauches, der Salzsäure etc. — Sehr wichtig ist ferner die Frage der Ernährung; ein Schema läßt sich dafür nicht geben — jeder Fall liegt anders. So darf man z. B. einen Anämischen mit Nephritis nicht mit Fleisch überladen u. s. w. Besonders reich sei die Nahrung an Speisen, die Eisen-Eiweißverbindungen enthalten, ganz besonders Eier (6—10 pro Tag), von Gemüsen Spinat, Bohnen, Erbsen, Spargel, dann Früchte (Orangen, Aepfel, Erdbeeren). Gute Dienste hat Vf. auch das Knochenmark geleistet; über Verabreichung von Blut besitzt er keine Erfahrung. Milchkuren hält er nicht für angezeigt.

Bezüglich der Erfolge der medikamentösen Behandlung hängt ebenfalls Alles von den Verhältnissen des Einzelfalles ab. Eisen wirkt sehr gut bei akuten sekundären Anämien und bei der Chlorose, am besten in anorganischer Verbindung (Chlorid, Sulfat, Karbonat, auch als Oxyd oder als Fe. reductum). Bei den symptomatischen Anämien ist die Eisenwirkung eine viel weniger sichere. Mit organischen Eisenpräparaten hat Vf. gelegentlich auch gute Resultate erzielt, sogar in Fällen, wo die anorganischen versagten; doch in der Regel wirkten letztere besser. Ganz günstige Resultate sah Vf. manchmal, auch bei nichtsyphilitischen Anämien, von der Darreichung von Sublimat in Pillenform. Nächst dem Eisen ist das wertvollste Medikament bei der Anämie das Arsen, das offenbar am besten bei den primären, auf Erkankung der blutbildenden Organe beruhenden Formen wirkt. Keine Erfolge sah Vf. von Sauerstoffinhalationen; ebenso hält er nichts von Bluttransfusionen. — (The Medical News, 21. und 28. Okt. 1905.)

Digitized by Google

2. Bunting hielt es nicht für nötig, eine besondere Prädisposition des Knochenmarkes bei der Pathogenese der perniziösen Anämie anzunehmen; vielmehr besteht ein Mißverhältnis zwischen der Widerstandskraft des ganzen Individuums und der Stärke des pathologischen Agens — ein Mißverhältnis, das sich zeigt in der Unfähigkeit des Knochenmarks, genügend rote Blutkörperchen zu liefern; besonders ist dies der Fall in den „aplastischen" Formen, in denen bei der Autopsie das Mark fettig entartet und ohne Zeichen der Regeneration gefunden wird. Nach des Vfs. Ansicht kommt die Theorie von Lazarus, daß die megaloblastische Umwandlung des Markes durch die Gegenwart irgend einer toxischen Substanz bewirkt wird, der Wahrheit recht nahe. Dieses Toxin stammt wohl aus dem Darmkanal; es ist anzunehmen, daß es die Erythrozyten sowohl im kreisenden Blut wie im Knochenmark vernichtet, daß es die Regenerationskraft des letzteren schädigt und schließlich bewirkt, daß in dem Bestreben, die in Verlust gegangenen Erythrozyten zu ersetzen, eine große Menge Zellen megaloblastischen Typs sich ins Blut ergießen. So wird die regelmäßige Entwicklung der Knochenmarkszellen unterbrochen; das Blut enthält dann Megaloblasten und Megalozyten. — (Bull. John Hopkins Hosp., Juni 1905.)

3. Unter Betonung seines Standpunktes, daß man zwischen Wurmträgern und Wurmkranken unterscheiden müsse, gibt Teuholt eine übersichtliche Darstellung der Lehre von der Wurmkrankheit. Unsere Kenntnisse darüber sind durch die Entdeckung von Loos, daß die Larve nicht allein durch den Verdauungskanal, sondern häufig durch die Haut in den Körper eindringt, in letzter Zeit wesentlich erweitert worden. Todesfälle, die lediglich auf Rechnung der Anchylostomiasis zu setzen sind, betragen nach T.s Erfahrungen noch nicht 0·5‰ der Wurmträger. Nicht die Blutentziehung durch den Wurm ruft die Krankheit hervor, sondern Giftstoffe, die die Würmer produzieren, und die vor allem die Blutbildung schädigen. Zur Abtreibung wurde, abgesehen von Fällen mit Herzfehlern und Sehstörungen, bei denen Thymol in Anwendung kam, stets Extrakt. filic. gebraucht, meist nach folgender Formel: Extr. filic. 8 (—10) g, Chloroform gtt. 10 (—15), Syrup Sennae 16 g, auf einmal morgens nüchtern zu nehmen. In zirka 30% versagt das Mittel. Erblindungen und Sehstörungen wurden schätzungsweise in 5‰ der Kuren beobachtet, darunter waren vier totale doppelseitige Amaurosen, die übrigen vorübergehende Intoxikationsamblyopien. Filmaron weist nach seiner Ansicht keine Vorzüge gegenüber dem Filixextrakt auf. Bei Kranken gelingt es leichter, den Wurm abzutreiben als bei Wurmträgern ohne klinische Erscheinungen der Wurmkrankheit. Die Vornahme der Kur will er nur auf Wurmkranke ausgedehnt wissen und bekämpft aufs schärfste die Vertreter der Richtung, die nur auf den Nachweis von Wurmeiern in Fäzes hin sie als notwendig erachten. Das Vorhandensein von Eiern nach Absolvierung der Kur spricht nicht gegen Entfernung der Würmer. Darüber gibt erst eine spätere Untersuchung Aufschluß.

Zur Bekämpfung der Verseuchung kommt in Betracht: Verbesserung der Ventilation in den Gruben, um die Temperatur herabzusetzen, Beseitigung und Desinfektion des wässerigen Schlammes. Die Arbeiter sollen weder barfuß noch mit undichtem Schuhzeug in den Gruben arbeiten, um das Eindringen von Larven in die Haut zu verhindern. — (Berliner Klinik, Heft 213, 1906.)

4. Populärer Vortrag über die Wurmkrankheit und über die unter den Bergleuten so häufig vorkommende Lungentuberkulose unter besonderem Hinweis auf die persönliche Prophylaxe (ausgiebige Ernährung, Einschränkung des Alkoholgenusses).

5. Im Jahre 1904 auf dem Kongreß zu Rom entwickelte Lucatello die Idee einer Serumtherapie der Anchylostomaanämie; die folgenden Untersuchungen sind in seiner Klinik (Padova) ausgeführt. Zur Gewinnung des Serums diente ein Schaf, das mit Blutserum von drei Anchylostomakranken vorbehandelt wurde. Den Kranken wurden wiederholt 50 bis 100 cm^3 Blut entnommen, das Serum

Digitized by Google

im Kühlen absetzen lassen, dann weggenommen und im Brutofen eine halbe Stunde lang auf 56° erhitzt, um das Komplement zu zerstören, endlich dem Tiere in Dosen von 25—50 cm³ in die Glutäen oder die Lendengegend injiziert. Das Tier erhielt im ganzen 710 cm³, davon 500 cm³ im März vor Benutzung seines Serums zu therapeutischen Zwecken, 100 cm³ im April und 110 cm³ im Mai; der wiederholt untersuchte Urin des Tieres zeigte niemals abnorme Bestandteile.

Unter Verzicht auf die Ausführungen des Vfs. über die hämolytische und präzipitierende Wirkung des Schafserums vor und nach den Injektionen sei hier gleich über die therapeutischen Erfahrungen bei drei Kranken mit Anchylostomaanämie berichtet. Das antitoxische Serum wurde tief in die Muskulatur (Glutaei und Deltoidei) injiziert, in steigenden Dosen von 2—5 cm³, bei den beiden ersten Kranken zweimal wöchentlich, bei der dritten Kranken ein über den andern Tag; dem Serum wurde etwas 5%ige Karbolsäure hinzugefügt. Der Injektionskur ging keine Wurmabtreibungskur voraus, weil zugesehen werden sollte, ob das Serum das Toxin zu zerstören imstande sei, auch wenn es beständig produziert wird, und weil damit eine etwa zutage tretende Besserung auf jeden Fall dem Serum zugute geschrieben werden mußte.

Die beiden ersten Patienten waren Vater und Tochter, beide mit beträchtlicher Anämie; sie erhielten im Laufe des Aprils je acht Injektionen von insgesamt 36 cm³ Serum, im Mai ebensoviel Injektionen mit 50 cm³ Serum. Bei dem Vater stieg während dieser Zeit das Hb von 40% auf 55%, die Erythrozyten von 3 auf 4·3 Mill., die Leukozyten sanken von 12.000 auf 9000; bei der Tochter waren diese Zahlen nach der Kur: 57%, 4·4 Mill., 9000 gegen: 35%, 3 Mill., 10.000 vor der Kur. — Eine dritte Kranke stand nur 16 Tage in Behandlung und erhielt während dieser Zeit acht Injektionen mit 60 cm³ Serum; das Hb stieg von 20 auf 30%, die Erythrozyten von 2·2 auf 2·75 Millionen; die Leukozyten sanken von 10.000 auf 8000.

„Man kann die Besserung in diesen drei Fällen gerade keine sehr ausgesprochene nennen, aber zweifellos war eine Besserung vorhanden, und ausgesprochener konnte man sie schon deswegen nicht erwarten, weil ja die Giftquelle im Dünndarm unverändert vorhanden blieb."

Vf. glaubt, daß man durch geeignetere Vorbehandlung des Schafes noch bessere Resultate erzielen könne. Da das Tier gar keine krankhaften Erscheinungen zeigt, kann man ihm viel stärkere, häufigere und länger fortgesetzte Injektionen geben, und wenn das Tier so gut vorbereitet ist, muß man es durch kleinere und weniger häufige Injektionen auf der Höhe halten. Selbstverständlich ist es unumgänglich nötig, daß man vor der therapeutischen Darreichung den Wurm abtreibt. — (Gazz. degli osped. 18. Febr. 1906.)

6. Castellini hatte öfter bei Anwendung der Jodgelatine „Sclavo" und anderer Indikation eine Vermehrung des Appetits, der Muskelkraft und des Körpergewichtes gesehen und wendete sie daraufhin methodisch bei Chlorose an. Die mitgeteilten zehn Fälle lassen in der Tat eine fortschreitende Besserung des Blutbefundes und des Allgemeinzustandes erkennen. Die meisten Fälle hatten vorher schon Eisen bekommen und es schlecht ertragen; das Präparat verdient daher in geeigneten Fällen, besonders bei Intoleranz gegen Eisen, versucht zu werden. — (Gazz. degli ospedali, 1. Okt. 1905.)

7. Répin faßte den kühnen Gedanken, die im Blute kreisende Menge schädlicher Stoffe (Toxine etc.) dadurch zu verringern, daß er dem betreffenden Individuum eine gewisse Blutmenge entzog und nach erfolgter Befreiung von dem kreisenden Gift wieder in den Kreislauf zurückgab. Er ging zu diesem Zwecke so vor, daß er dem Versuchstier eine Kanüle in die äußere Jugularvene einführte, Blut herausließ, es in eine eigens zu diesem Zwecke konstruierte Zentrifuge fließen ließ, rasch zentrifugierte, das Plasma wegnahm, statt seiner eine gewisse Menge isotonischer Salzlösung oder Zuckerlösung hinzufügte und diese Mischung von Blutkörperchen und Salzlösung wieder durch die Kanüle ins Blut zurückbrachte. Hämoglobinurie trat danach nicht auf, ein

Digitized by Google

Zeichen, daß die Blutkörperchen die Prozedur ungeschädigt ertrugen. Benützt man Zuckerlösung, so muß sie durch 3‰ phosphorsaures Natron alkalisch gemacht werden. Die Menge der zugesetzten Lösung schwankte in den Versuchen zwischen dem Acht- bis Zwanzigfachen des entnommenen Blutes. Bei nur geringer Verdünnung (acht- bis zehnfach) muß man 2—3‰ zitronensaures Natron hinzufügen, um die Bildung von Thromben zu vermeiden. Man kann ein Fünftel der gesamten Blutmenge auf einen Sitz entziehen; nimmt man mehr weg, so tritt starke Dyspnoe auf. Wenn es möglich ist, die Methode auf den Menschen anzuwenden, so käme sie natürlich nur auf die Intoxikationszustände in Betracht, in denen das Gift frei im Blute kreist, so Urämie und Eklampsie, hätte bei diesen aber vor dem einfachen Aderlaß den Vorteil, daß das Blut dem Körper wieder zugute käme. — (C. r. de l'Acad. des Sciences, 24. Juli 1905.)

8. Zur Erklärung der Hämoglobinurie ist eine Reihe von Hypothesen aufgestellt worden. Die beiden hauptsächlichsten sind die Theorie der Hämoglobinämie und die renale Theorie. Weiter die „hématurie rénale transformée" (van Rossem); die Theorie von Michaelis: die in vivo zerstörende Wirkung der Hämolysine auf die Blutkörperchen des Kranken selbst; die muskuläre Hämoglobinurie (Camus); die parasitäre Theorie von Barbier.

Die Untersuchungsergebnisse eines selbstbeobachteten Falles führen den Verfasser zu der Annahme einer wichtigen Rolle der Niere in der Genese der hämoglobinurischen Krisen. — (Thèse de Lyon, 1904.)

9. Mit Ausnahme von Typhus und Influenza gehen alle akuten Infektionskrankheiten mit Leukozytose einher; diese ist als etwas Günstiges zu betrachten, und es geben, besonders bei der Pneumonie, Fälle, bei denen die Leukozytose ausbleibt, eine schlechte Prognose. Es liegt daher nahe, den Eintritt dieser Leukozytose zu befördern, durch Mittel, die eine Leukozytose herbeizuführen imstande sind. Da das in diesem Sinne wirkende Pilokarpin zu different ist, kommen in praxi das zimmtsaure Natron und die Nukleinsäure in Betracht. Becker empfiehlt insbesondere die letztere in 5%iger Lösung. Eine, eventuell mehrere Injektionen sollen sehr prompt Besserung des Zustandes: Herabgehen von Puls und Temperatur, Schweißbildung, tiefen Schlaf, herbeiführen. — (The Therapeut. Gazette, Okt. 1905.)

10. Zuccòla geht davon aus, daß jede vermehrte Zerstörung roter Blutkörperchen zu einer Vermehrung des Urobilins im Harn führen, umgekehrt, daß ein Medikament, das dieser Zerstörung Einhalt tue, vermindernd auf das Harnurobilin wirken müsse; ein Vergleich der in einem Falle erzielten Blutverbesserung mit der erzielten Veränderung der Urobilinausscheidung tue demgemäß dar, in welcher Weise das betreffende Medikament die Blutverbesserung bewirkt habe, ob durch vermehrte Blutbildung oder verminderte Zerstörung. Die Untersuchungen wurden an 17 Kranken angestellt, die an den verschiedensten Anämien (Ankylostoma, Nephritis, Leukämie, Chlorose etc.) litten. Das Ergebnis war, daß das Eisen die Fähigkeit besitzt, Neubildung von Hb bezw. Erythrozyten anzuregen, daß es dagegen auf die Erythrozyten nicht oder höchstens ganz wenig im Sinne einer Resistenzverminderung einwirkt, während das Arsen gerade letztere Eigenschaft in sehr ausgesprochenem Maße besitzt, insofern es, kürzere oder längere Zeit nach der Darreichung beginnend, eine Verminderung der Blutkörperchenzerstörung bewirkt, die sich in einer Verminderung der Urobilinausscheidung ausprägt. — (La Clin. med. Ital. Nr. 2, 1906.)

Krankheiten der Blutdrüsen.

1. **Heilung des Morbus Basedowii durch Röntgen-Bestrahlung.** Von Pfahler und Thrush. Ref. Klar, München.
2. **Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsenpräparaten.** Von G. Ghisellini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ein durch Hypophysisextrakt gebesserter Fall von Akromegalie.** Von C. Castiglioni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Adiposis dolorosa (Maladie de Dercum).** Von Dr. A. Weiß, Wien. Ref. Fritz Loeb, München.

Digitized by Google

5. Die Dercumsche Krankheit. Von L. Pellegrini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Pfahler und Thrush bestrahlten eine Frau von 36 Jahren mit Morbus Basedowii, deren Kropf 5 cm lang und 4 cm breit war, und die eine Pulsfrequenz von 120 hatte, 22mal (dreimal in der Woche), jedesmal 10 Minuten lang mit 1 Milliampère; vier Wochen nach der ersten Bestrahlung trat Besserung ein, die immer weitere Fortschritte machte, bis nach vier Monaten — drei Monate nach der letzten Bestrahlung — vollständige Heilung bestand. Patientin hatte 72 Pulse, die Schilddrüse war ganz normal, alle nervösen Erscheinungen waren verschwunden, die Frau fühlte sich so wohl wie noch nie und hatte 25 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Dermatitis trat nicht auf. — (The Therapeutic Gazette, März 1906.)

2. Ghisellini berichtet über vier mit gutem Erfolge behandelte Fälle von Myxödem. Zwei davon waren angeboren, bezw. im zartesten Alter akquiriert, zwei weitere im späteren Leben erworben, u. zw. durch einen merkwürdigen Zufall beide infolge eines Erysipels, das die vorderen Halspartien mitbefallen und dabei offenbar die Schilddrüse affiziert hatte. Die Fälle werden jedoch weniger mitgeteilt, um die Wirksamkeit der Schilddrüsentherapie überhaupt, als vielmehr speziell des von Vassale hergestellten flüssigen Schilddrüsenextraktes bei subkutaner und peroraler Anwendung darzutun. Der erste Fall betrifft eine 33jährige Frau, die seit 19 Jahren myxödematös war. Behandlung mit den Tabletten von Burroughs und Wellcome sowie von Merck war wirkungslos; sie erhielt dann innerhalb vier Wochen 28 Injektionen von $^1/_2$—1 Spritze des Vassale'schen Thyreoidins, später dasselbe innerlich (40 Tropfen täglich); noch später wurde das Mittel wieder durch Tabletten ersetzt. Nach einer Kur von 7 Monaten war das Gewicht von 79·4 auf 55 kg gesunken und völlige Heilung eingetreten; sie hält sich mit 14 Tropfen Thyreoidin bezw. 1—$1^1/_2$ Tabletten in diesem Zustand. Das zweite Myxödem fand sich bei einem 16jährigen Jüngling und bestand seit zirka einem Jahre. Er erhielt 20—50 Tropfen täglich und wurde innerhalb 10 Wochen geheilt; er nimmt noch täglich 20 Tropfen fort. Der dritte Fall, ein Kind von $2^1/_2$ Jahren, war seit zwei Jahren myxödematös; es erhielt 2 bis 12 Tropfen täglich und heilte in 5 Monaten; allerdings war es am Schlusse der Kur sehr mitgenommen, erholte sich aber rasch wieder. Der letzte Fall betraf ein Mädchen von 13 Jahren, dessen Myxödem im siebenten Lebensmonate begonnen hatte. Die Kur begann mit 15 Tropfen und stieg, da 30 Tropfen schon Vergiftungserscheinungen (Insomnie) machten, auf 24 Tropfen; innerhalb fünf Monaten war eine wesentliche Besserung eingetreten. — Vf. schließt mit einer allgemeinen Betrachtung über das Vassale'sche Präparat, das wirksamer und besser zu ertragen (keine Verdauungsstörungen!) sei, als die Tabletten, sehr rasch wirke und nicht verderbe. — (La Clinica Med. Ital. Nr. 7, 1905.)

3. Die Krankheit bestand seit zirka sieben Jahren; die typischen Symptome hatten sich langsam aber stetig weiter entwickelt; es bestand weder Tumorverdacht noch Glykosurie. Nachdem alle Mittel, auch Schilddrüsenextrakt, keine Besserung gebracht, griff man zum Hypophysisextrakt. Die zweijährige Darreichung desselben hatte ein Stillstehen der krankhaften Symptome zuwege gebracht, sowohl der subjektiven wie der objektiven; es bestand Wohlbefinden, bis auf leichte Ermüdbarkeit. Die Knochenveränderungen waren in den zwei Jahren nicht vorgeschritten. — (Gazz. Med. Ital. Nr. 12, 1905).

4. Im Anschluß an eine sehr gründliche Besprechung der Adiposis dolorosa entwirft Weiß in kurzen Zügen folgendes Krankheitsbild: Bei Personen mittleren Alters, vorwiegend bei dem weiblichen Geschlechte angehörigen, die durch neuropatische Belastung oder Alkoholismus prädisponiert sind, entwickeln sich im Anschluß an Störungen der Menstruation, Menopause, Traumen oder ohne nachweisbaren äußeren Anlaß pathologische Fettansammlungen an der Körperoberfläche, welche von den Lipomen bis zur diffusen Adiposität eine kontinuierliche Reihe darstellen, druckschmerzhaft sind, Gesicht,

Digitized by Google

Hände und Füße verschonen und deren Bestand begleitet oder eingeleitet wird durch Schmerzen neuralgischen Charakters. Eine bunte Reihe von Störungen auf dem Gebiete der Motilität und der Reflexe, der Sensibilität und der topischen Funktionen des Nervensystems, Störungen der Psyche, komplizieren dieses Bild, das in einzelnen, gewiß nicht so seltenen Fällen durch die zahlreichen Uebergänge zu den gewöhnlichen Formen der pathologischen Fettansammlungen verwischt erscheint. Der Verlauf ist ein äußerst chronischer, die therapeutische Beeinflussung eine unsichere. Die pathologisch-anatomischen Befunde im Verein mit Erwägungen mehr theoretischer Natur lassen an eine Beteiligung der Schilddrüse bei der Entstehung dieses Krankheitsbildes denken. — (Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir. Nr. 5, 1904.)

5. Pellegrini fügt der nicht allzu reichlichen Kasuistik einen neuen Fall hinzu, eine 36jährige Frau, welche die typischen Symptome der Krankheit: multiple Lipome, davon ausgehende heftige Schmerzen und allgemeine Asthenie darbot, und benützt diese Gelegenheit zu einem Exkurs über die Krankheit. Sie wird meist bei Frauen in vorgerücktem Alter beobachtet; ätiologische Momente sind unbekannt; mit ihrer Pathogenese hat man Schilddrüse, Hypophyse, Ovarien in Verbindung gebracht, aber bis jetzt keine Sicherheit über dieselbe. Geistige Störungen wurden in einer Anzahl der Fälle beobachtet, in der Mehrzahl jedoch vermißt. Die in den peripheren Nerven an der Geschwulststelle gefundenen degenerativen Prozesse sind lediglich eine Folge der Kompression der Nervenendigungen durch die Geschwulst. — Die Therapie ist wenig aussichtsvoll, nachdem auch die Schilddrüsenverordnung versagt hat; am meisten zu empfehen ist ein allgemein roborierendes Verfahren mit Arsendarreichung. In dem Falle des Vfs. wurde das Allgemeinbefinden sehr wohltätig durch Nebennierenpräparate beeinflußt. — (La Clin. Med. Ital., Bd. 44, H. 9, 1905.)

Magen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Die „hypersthenische" Form der Dyspepsie.** Von A. Robin.
2. **Die Gastralgie.**
3. **Hyperästhesie der Magenschleimhaut und ihre Behandlung.** Von J. Dutton Steele.
4. **Ueber Atropin-Eumydrinwirkung bei Magendarmerkrankung.** Von Hagen.
5. **Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Mineralwässer auf die sekretorische Magenfunktion.** Von A. Bickel.
6. **Ueber den therapeutischen Wert der Salzsäure bei Magenkrankheiten.** Von R. F. Chase.
7. **Behandlung des Magengeschwürs.** Von Hayes.
8. **Das Magengeschwür.** Von John Ferguson.
9. **Ueber die diätetische Behandlung des Magengeschwürs.** Von H. Senator.

1. Unter hypersthenischer Dyspepsie — auch Dyspepsie mit Vermehrung der Funktion (par exagération de la fonction) genannt — versteht Robin, einem beschriebenen Fall nach zu urteilen, das, was wir Atonie des Magens mit Hyperazidität oder Hypersekretion nennen. Er empfiehlt als Diät zunächst eine rein laktovegetabilische Kost, da Fleisch zu stark reize, in ganz schweren Fällen sogar reine Milchdiät. Dabei soll wenig Kochsalz zugeführt werden, das die Hyperchlorhydrie vermehre. Brot soll wenig gegessen werden (grilliert!), täglich nur ein Ei; erlaubt sind zarte Fische. Als Getränk dient reines Wasser; langsam essen und gut kauen! Nach einiger Zeit erlaubt man dann etwas zartes Fleisch. Nach dem Essen wird eine Tasse Anis-, Pfefferminz- oder Kamillentee verabreicht und 20—30 Minuten Rückenlage eingehalten (ohne zu schlafen). Als Medikament gibt man zur Anästhesierung der Magenschleimhaut: Tinct. Hyoscyami, Belladonnae und Opii āā 6·0, D. S. 4—8 Tropfen in Wasser, fünf Minuten vor dem Essen. Zur Bekämpfung der verstärkten Sekretion: Natr. bicarb., Magnes. ust. āā 4·0, Sacchar. alb., Calcar. carbon. āā 6·0, Elaeosacchar. Menthae 1·0, M. D. i. p. aequ. Nr. XII; bei stärkeren Schmerzen dafür: Magn. ust. 1·6, Sacchar. alb. 2·0, Natr. bicarb. 1·0, Bismuth. subnitr. Calcar. carb. āā 0·8, Codein. 0·005, Elaeosacchar. Menth. 0·1, M. f. pulv. D. t. d. Nr. XX. Ein Paket zu nehmen. Bei Durchfällen gibt man we-

Digitized by Google

niger Magnesia und mehr Kalk und Wismut. Genügt ein Paket nicht, so gibt man halbstündlich eins weiter. Bei hartnäckiger Verstopfung gibt man folgende Pillen: Aloes 0·07, Gummigut 0·03, Turbithwurzel 0·02, Extr. Hyoscyami und Belladonn. āā 0·005 Mass. pil. q. s. ad. pil. 1, abends eine Pille, bei Bedarf mehr. — (Journal des Pratic. Nr. 12, 1906.)

2. Der mit S. R. unterzeichnete Vf. gibt in dem kurzen Aufsatz mancherlei praktisch wichtige Winke, z. B. daß viele Fälle von Magenschmerzen einer rein suggestiven Behandlung weichen, ferner, daß man viel zu häufig Hyperaziditätsschmerzen annimmt; was wirklich vorhanden ist, ist meist lediglich eine Hyperästhesie der Schleimhaut, bei der die kalmierende Wirkung des Natr. bicarb. Linderung bringt. Wäre eine Hyperacidität die Ursache der Schmerzen, so wären zu ihrer Sättigung viel größere Mengen von Natron erforderlich, anderseits müßte auch die stärkere Magnesia besser wirken als Natron, was in der Tat nicht der Fall ist. Man soll daher auch nicht gleich bei jedem brennenden Schmerz den Patienten zu einer Milchkur verdammen. Diese ist bei Hyperaziditätsbeschwerden meist vortrefflich, während sie bei einfacher Gastralgie oft schlecht ertragen wird und nur zu mangelhafter Ernährung führt. Man fügt daher bei einfacher Gastralgie der reinen Milchkost gleich Brei hinzu; nach drei Tagen gibt man schon grilliertes Fleisch, vermeidet aber streng Gewürze und Alkohol; als Getränk diene heißes Leinsamenwasser. Als Medikament gibt man kleine Dosen Morphin und Atropin, eventuell einige Tropfen Opium, regelmäßig auch ein alkalisches Pulver, eventuell mit Valeriana oder Belladonna. Bei der seltenen Kombination mit Durchfall bevorzugt man als Alkali die Kreide. Belladonna kann man auch in Pillenform geben (Extr. Belladonn. 0·01, Extr. Valerian. 0·05 für eine Pille). Dabei Hydrotherapie verschiedener Art, und vor allem Sorge für Ruhe, damit sich die Nerven erholen können. — (Journal d. Pratic. Nr. 4, 1906.)

3. Man findet, besonders in der Privatpraxis, häufig Patienten mit normaler, ja subnormaler Azidität und dabei den typischen Beschwerden der Hyperazidität, Schmerz zirka eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme, sofort gebessert durch Nahrungsaufnahme oder Alkali; andererseits findet man nicht selten Fälle von beträchtlicher Hyperazidität ohne jedwede Beschwerden. Es muß also noch ein anderer Faktor vorhanden sein, der die sogenannten Hyperaziditätsbeschwerden auslöst, und S t e e l e sieht ihn mit Recht in einer Hyperästhesie der Schleimhaut, die oft sogar unter normalen Aziditätswerten gegenüber vorhanden ist. Unter 100 Fällen von Magenkranken der Sprechstunde konnte Vf. bei 35, 21 Männer und 14 Frauen, eine derartige Hyperästhesie feststellen. Die Frauen waren meist nervöse Individuen, bei Männern schien geistige Arbeit eine Prädisposition zu schaffen; eine ganz besondere Rolle schien Ueberarbeitung zu spielen. Die Hyperästhesie führte häufig zu Unterernährung, Anämie, Obstipation, Folgezuständen, die dann ihrerseits wieder vielfach das Grundleiden verschlimmerten. Bei der Behandlung ist der wesentlichste Punkt die Neutralisation der Magensäure sofort, wenn die Höhe der Verdauung überschritten ist, ganz gleich, ob dieselbe vermehrt, normal oder vermindert ist, natürlich in dementsprechend abgestuften Dosen. Am liebsten gibt Vf. kohlensaure Magnesia und doppeltkohlensaures Natron gemischt, in Dosen von 0·3—1·2 g pro dosi, zwei Stunden nach der Mahlzeit. Je mehr die Uebersäuerung in den Hintergrund tritt gegenüber der Hyperästhesie, desto mehr sind Sedativa, wie Valeriana, Brom, Asa foetida, wirksam. Daneben kommen Eisen und Strychninpräparate, sowie lokale Sedativa für den Magen, wie Wismut, Höllenstein, Belladonna, bezw. Atropin in Betracht. Bei Verstopfung gibt man zu dem Alkali Rhabarberpulver hinzu. Die Kost richtet sich nach den Sekretionsverhältnissen und dem Ernährungszustand; auf jeden Fall darf sie nicht reizen. In den frühesten Stadien bestehe sie aus Milch, Eiern, Breien, geschabtem Fleisch etc., dabei reichlich gutem Fett (Butter und Rahm). Heftigere Schmerzparoxysmen bekämpft man am sichersten durch

Digitized by Google

eine Magenspülung. Treten regelmäßige nächtliche Schmerzen ein, so spüle man um 6 Uhr abends und lasse nur ein leichtes Nachtessen (Milch, Eier) folgen. Ganz hartnäckige Schmerzen mit Erbrechen weichen am ehesten einer typischen Ruhekur. — (The Therapeutic Gazette, Jänner 1906.)

4. Hagen verwendet das Atropin, bezw. ein Ersatzmittel desselben, das Eumydrin oder salpetersaure Methyl-Atropin, bei einer Reihe von Magendarmerkrankungen. Von den zahlreichen Erkrankungen des Magens bot zunächst die pathologische Erscheinung des Erbrechens infolge von chronischer Magenektasie, Magengeschwüren, Schwangerschaft und uteriner Dyspepsie oft Gelegenheit zu therapeutischen Erfolgen. Den Verlauf und die Heilung des akuten wie chronischen Magengeschwürs schien das Eumydrin sehr günstig zu beeinflussen. Krankhafte Beschleunigung oder Verlangsamung der Darmperistaltik sind dankbare Objekte, ganz besonders aber Ileus und Brucheinklemmung. Auch bei Bekämpfung der Gallensteinkoliken hat sich der Gebrauch des Atropin-Eumydrins von hervorragender Wirkung erwiesen (kombiniert mit Kataplasmen); das Mittel wird oft einen operativen Eingriff unnötig machen; desgleichen hat die kombinierte Verwendung der feuchten Wärme mit Atropin-Eumydrin für die Behandlung der Appendizitis hervorragende Bedeutung; die übliche Behandlung mit Kälte und Morphium entspricht nicht den bei der Appendizitis zu stellenden Indikationen (vor allem gründliche Entleerung des Inhalts von Cökum und Appendix!). Aus seinen Beobachtungen zieht Vf. den Schluß, daß durch seine und anderer Forscher (Jacoby, Magnus) Beobachtungen am Tier, bezw. kranken Menschen die peristaltisch erregende Atropinwirkung am Darm auf direktem und indirektem Wege sicher erwiesen ist. Magnus' Untersuchungen fügen noch die Regulierung der Darmbewegungen und die Ueberkompensation von Erregungszuständen durch minimale Atropingaben hinzu. — (D. A. f. Kl. M., Bd. 86, H. 4/5, März 1906.)

5. Bei den hier veröffentlichten Versuchen kam es Bickel weniger auf die Auffindung neuer Tatsachen an, als vielmehr darauf, eine der objektiven Kritik standhaltende Grundlage für die Darreichung der verschiedenen Mineralwässer zu schaffen. Die Versuchsanordnung war entweder die, daß ein Magenblindsack angelegt, und dessen Sekret untersucht wurde, je nachdem in den Hauptmagen gewöhnliches Wasser oder Mineralwasser gebracht wurde, oder aber, es wurde eine Magenfistel, verbunden mit der Oesophagotomie angelegt, in den Magen 200 cm^3 gewöhnliches Wasser bezw. Mineralwasser eingebracht, nach einer Viertelstunde das Wasser abgelassen, der Magen ausgetrocknet, dann eine Scheinfütterung vorgenommen und das Magensekret aufgefangen. Letztere Versuchsanordnung konnte auch am Menschen — einer Patientin mit Laugenverätzungsstriktur und Gastrostomie — zur Verwendung kommen.

Die Ergebnisse der Versuche sind in Kürze die folgenden: Die einfachen Säuerlinge (Apollinaris, Harzer Sauerbrunnen, Gießhübel etc.) zeigen gemäß ihrem geringen Salzgehalt fast rein die Wirkung der Kohlensäure, von der schon länger bekannt ist, daß sie sekretionsbefördernd wirkt. Den nämlichen Einfluß haben die Kochsalzwässer, wobei bei manchen, wie bei dem Rakoczy, noch die Wirkung der Kohlensäure sich zuaddiert. Zwar sind die Ausschläge gegenüber dem Leitungswasser keine sehr großen; jedenfalls aber kann davon gar keine Rede sein, daß durch den Genuß der Kochsalzwässer die sekretorische Magenfunktion gehemmt wird. Ganz ähnlich ist die Wirkung der alkalisch-muriatischen Wässer, von denen Emser und Selters geprüft wurden; auch sie wirken in mäßigem Grade sekretionsbefördernd. Bei den alkalisch-salinischen Wässern, deren Hauptrepräsentant das Karlsbader ist, zeigt sich eine leise Tendenz, die Saftsekretion zu beeinträchtigen. Ausgesprochener ist diese hemmende Wirkung bei den rein alkalischen Wässern, als deren Typus das Vichy und das Fachinger untersucht wurden. Die Bitterwässer schließlich (Hunyadi-Janos) führen zu einer starken Lähmung der sekretorischen Magenfunktion; die in der Zeit-

Digitized by Google

einheit abgesonderten Sekretmengen sind bedeutend eingeschränkt. — Die erhaltenen Resultate bieten einen Fingerzeig für die balneotherapeutische Behandlung der Magenkrankheiten. Während es bei Sekretionsanomalien auf funktioneller Basis wenig auf die Art des Wassers ankommen wird, woferne nur die übrigen Bedingungen günstige sind, werden wir bei Sekretionsstörungen organischer Natur uns mit Vorteil der durch exakte Versuche gefundenen Einflüsse der verschiedenen Mineralwässer bedienen können. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1906.)

6. Chase stellte seine Untersuchungen bei drei Patienten mit chronischer Gastritis bezw. Achylie an. Klinisch war in dem ersten Fall keine Veränderung bei der Darreichung der Säure zu erkennen, im zweiten wurde ihr Gebrauch angenehm empfunden, im dritten besserte sie nichts. In vier Versuchen wurden 20 Minuten nach einem Probefrühstück kleine Salzsäuredosen gegeben und 40 Minuten später ausgehebert; es fand sich die Gesamtazidität stets vermehrt und freie Cl trat dreimal auf. Gab man größere Mengen Cl nach einer größeren Mahlzeit und heberte 60—70 Minuten nachher aus (neun Versuche), so ergab sich auch eine Vermehrung der Gesamtazidität, niemals aber freie Säure. Es ist also nicht möglich, so viel Cl zu verabreichen, um das Defizit der Sekretion auszugleichen. Lange fortgesetzte Verabreichung der Säure als regelmäßige Verordnung schien in zwei Fällen die Säureabscheidung völlig unbeeinflußt zu lassen, während in einem Falle die Gesamtazidität sich eher verminderte. Die peptische Verdauung wurde in zwei Fällen durch den Gebrauch der Säure beschleunigt, während in einem Falle sogar gelegentlich eine Verlangsamung festzustellen war. Zusammenfassend glaubt Vf., daß die Salzsäure wohl öfter gewisse Symptome bessert, daß es aber sehr fraglich ist, ob sie objektiv günstig auf irgend eine Funktion des Magens einwirkt. — (Boston Med. and Surg. Journal, 14. Sept. 1905.)

7. Der Patient bleibt 4—5 Wochen im Bett, d. h. 1—2 Wochen, nachdem alle subjektiven und objektiven Beschwerden verschwunden sind. Das nächstwichtige ist die geeignete Ernährung. Zuerst gibt man nur Milch, alle zwei Stunden ein Glas, weder heiß noch eiskalt, rein oder mit Vichywasser. Wird sie nicht ertragen, so gibt man zweistündlich zwei mit Wasser geschlagene Eiweiße mit Fleischsaft. Nach zehn Tagen fügt man hinzu durchgedrückten Haferschleim, Reisschleim oder Tapiokasuppe, gekochtes, fein zerhacktes Hühnchen oder Täubchen, zarten weißen Fisch, weiche Eier, das Weiche von altbackenem Brot, Butter und Rahm. Nach einigen Wochen gibt man gemischte Kost unter Warnung vor groben, hülsigen Vegetabilien. Ernährung per Klysma tritt in ihr Recht bei schweren Blutungen und bei ganz hartnäckigen Fällen, 4—14 Tage lang. Dem Nährklystier geht ein Reinigungsklysma voraus; ersteres gibt man durch ein langes Rohr mit seitlichen Oeffnungen, dreimal täglich. Rezepte dafür sind: Peptonisierte Milch 150·0, ein Eigelb, ein Eßlöffel Claret, ein Eßlöffel Nährmehl, $^1/_4$ Kaffeelöffel Salz; oder: 120 g Milch, 30 g Wasser, 2 Eier, $^1/_4$ Kaffelöffel Salz. Milch und Eier kann man durch 0·3 g Pankreatin und 1 g Natr. bicarb. vorverdauen lassen. Ein drittes Rezept ist: 30 g irgend eines Peptonpräparats, 150 g Milch, $^1/_4$ Kaffeelöffel Salz. Dem Nährklysma fügt man etwas Opium bei. Warme Kompressen um den Leib sind nützlich, wenn sie dem Patienten angenehm sind. Von Medikamenten gibt man die ersten zehn Tage zweckmäßig Silbernitrat 0·015 g in zirka 15 cm³ Wasser jeden Morgen beim Erwachen. Nachher gibt man Wismut wochenlang, abends zirka 1·8 g. Nach den Mahlzeiten kann man ein Alkali geben. Kleine Belladonnadosen (dreimal täglich etwa 2 mg des Extrakts) erhöhen oft das Behagen der Patienten. Nach Ablauf der ersten Tage gibt man auch Karlsbader Salz, $^1/_2$—2 Kaffeelöffel in $^1/_4$ l warmes Wasser nüchtern. Bei Blutungen ist absolute Ruhe erste Bedingung; dazu gibt man eine subkutane Injektion von 0·03 Morphin und 0·0004 Atropin, ferner 30 Tropfen einer 1 : 1000 Lösung von Adrenalinchlorid innerlich, die Eisblase auf das Abdomen, im Notfall eine rektale oder subkutane Injektion von Kochsalzlösung. Gegen Anämie gibt man

Digitized by Google

Eisenpräparate. In vielen Fällen erweisen sich die Fleinerschen Wismuteingießungen nützlich; andere halten es für besser, den Magenschlauch wegzulassen, und das Wismut in Wasser aufgeschwemmt trinken zu lassen. — (New-York State Journ. of Med., Okt. 1905.)

8. Aus der kurzen monographischen Darstellung sei hier nur über den der Therapie gewidmeten Abschnitt kurz referiert:

1. Die innere Behandlung ist indiziert bei frischen Fällen, fehlenden Komplikationen, besonders bei jugendlicheren Individuen. Ihr erstes Erfordernis ist absolute Bettruhe, in der auch alle Entleerungen vorgenommen werden sollen, für mindestens 2—3 Wochen. Der zweite wichtige Punkt ist die Regelung der Ernährung. Erträgt der Magen gar nichts, so muß man zur rektalen Ernährung greifen. Hie und da stößt einmal ein Rektum jede Nahrung wieder aus, meist jedoch kann man dem vorbeugen durch ein vorhergehendes Reinigungsklyster, durch Einführung kleiner Mengen und durch Zusatz einiger Tropfen Opium. Man gibt als Klysma peptonisierte Milch oder dünnen Schleim mit Eigelb, peptonisiertes Beef-tea oder Fleischextrakt, eventuell dazu etwas Alkohol. Innerlich gebe man zuerst nur mit Wasser oder Kalkwasser verdünnte Milch, dann rohe Eier, Beef-tea oder Fleischsaft, dann läßt man Leubes Fleischsolution, Schleim, Buttermilch folgen, immer wenig auf einmal. Bei sehr empfindlichem Magen sind oft Spülungen mit schwach alkalischen Lösungen am Platze, die bei der nötigen Vorsicht ungefährlich sind. Auf lange hinaus sind irritierende Speisen zu meiden, und die Kochsalzzufuhr ist auf ein Minimum zu beschränken, zumal dadurch das Material für die Hyperchlorhydrie vermindert wird. — Wichtig ist auch die medikamentöse Behandlung: der Stuhl wird am besten mit Karlsbader Salz offen gehalten. In Betracht kommen weiter Alkalien, Wismut und Höllenstein, Belladonna, gegen Schmerzen Opiate, gegen Herzschwäche Digitalin mit Strychnin subkutan. — Bei Blutungen hat man eine ganze Reihe Mittel empfohlen: so Tannin, à 1·0, 3—4 Dosen alle Viertelstunden, so Alaun, ein Teelöffel voll in ein Glas warmes Wasser, langsam zu trinken. Weiter Gelatine und Adrenalin. Manche empfehlen Ergotinpräparate. Die Eisblase, die viele auflegen, wollen andere durch heiße Kataplasmen ersetzen. Tripier empfahl große Heißwassereinläufe; bei schweren Blutungen kommen Kochsalzinfusionen und Abbindung der Extremitäten in Betracht.

2. Die chirurgische Behandlung. Sie ist absolut indiziert bei unstillbaren Blutungen und bei Perforation, relativ bei chronischem Ulkus, Pylorusstenose und Sanduhrmagen. — The Canad. Pract. Nr. 3, 1906.)

9. Gegenüber der bisher geübten Hungerkur bedeutet die neuerdings von Lenhartz angegebene kräftigere Ernährung der Ulkuskranken insofern einen Fortschritt, als sie mehr als jene der Entkräftung und Anämie der Kranken entgegenwirkt; immerhin wird es für manchen Arzt Ueberwindung kosten, ein frisches Magengeschwür, so wie Lenhartz will, zu ernähren. Senator schlägt daher eine von ihm schon lange geübte Ernährungsform vor, welche die Vorteile jener beiden Methoden vereinigt, ohne ihre wirklichen oder vermeintlichen Nachteile. Er setzt sie zusammen aus Glutin, Fett und Zucker neben geringen Mengen Eiweiß. Der Leim ist leicht verdaulich, von hohem Nährwert, namentlich als Eiweißsparer; dabei kommt seine gerinnungsbefördernde und blutstillende Wirkung in Betracht. Fett und Zucker wirken, abgesehen von ihrem Nährwert, säuretilgend, das Fett außerdem reizmildernd und beruhigend. Man verordnet zweckmäßig ein Decot. Gelatinae alb. purissim. (15·0—20·0 auf 150·0 bis 200·0 mit 50·0 Elaeos. Citri, M. D. S. Vor dem Gebrauch zu erwärmen) und lasse davon alle 1—2 Stunden, eventuell selbst ¼—½stündlich einen Eßlöffel nehmen. Daneben gibt man frische Butter und Rahm, oft und wenig auf einmal, so daß selbst empfindliche Patienten auf 30 g Butter und ¼ l Rahm kommen. Die Butter läßt man eventuell als gefrorene Kügelchen schlucken, den Rahm mit oder ohne Zucker als Schlagsahne. Diese Nah-

Digitized by Google

rung enthält 900—1000 Kalorien, also das Doppelte der Lenhartz'schen Kost; sie ist dagegen viel ärmer an Eiweiß, das allerdings durch den Leim teilweise ersetzt wird. Natürlich steigt man, falls keine neue Blutung erfolgt, allmählich, fügt Milch, geschlagene Eier etc. hinzu und geht früher, als bei der Leubeschen Kur üblich, zu geschabtem Fleisch über; die Gelatine läßt man allmählich fort. Andere Zubereitungsformen des Leims, die in Betracht kommen, sind die aus Kalbsfüßen oder aus Huhn dargestellten, die aus Hausenblase bereiteten Gallerten mit Zusätzen von Zucker, Fruchtsäften, Milchgelees und Milch, Gelatine, Zitronensaft etc. Oel vermeidet man lieber in frischen Fällen, der Brechgefahr wegen, später gibt man es gerne rein oder als Emulsion, namentlich als Emulsio amygdalarum oder als Mandelmilch, die dem Rahm an Nährwert gleichkommt, aber reicher an Eiweiß ist. Eine so zusammengesetzte Diät wirkt zugleich ernährend und heilend. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Darm.

1. Habituelle Obstipation infolge von Dilatation und Senkung des Cökums. Von F. Schilling. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. Ueber zwei seltenere Ursachen der Duodenalstenose. Von Dr. Karl Reitter. (Aus der III. med. Univ.-Klinik, Wien.) Ref. A. Haas, München.

3. Ueber einen Fall von Darmverschluß auf hysterischer Basis. Von Dr. Sakorraphos, Athen. Ref. A. Haas, München.

4. Ueber Erscheinungen von funktionellem Darmverschluß bei tuberkulösen Darmgeschwüren. Von Dr. L. Chéridjian. (Aus der chir. Klinik zu Genf.) Ref. A. Haas, München.

5. Infusorienenteritis. Von Dr. Nagel. Ref. Fritz Loeb, München.

6. Pericolitis dextra. Von J. F. Binnie. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

7. Behandlung der Blutungen des Verdauungskanals. Von L. Passier. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

8. Hydrastis canadensis und Hämorrhoiden. Von N. Marini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

9. Ueber die Behandlung des Mastdarmvorfalles mit Paraganglin Vassale. Von C. Nicolini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

10. Zur Kasuistik der Ulzera nach Gastroenterostomie. Von Gustav Bettac. Ref. A. Haas, München.

1. Schilling hat eine Reihe von Fällen beobachtet, bei denen als Ursache der Obstipation eine Senkung und Dilatation des Cökums bestand. Man sieht in solchen Fällen die starke Auftreibung der R. regio iliaca; das Cökum ist stark mit Stuhl gefüllt, reicht unter die Linea innominata herab und mißt in der Breite 3—4 Finger, statt normal 0·7 cm. Meist besteht eine Druckempfindlichkeit der Darmwand; im Stuhl findet man Schleim. Auch das Colon transversum enthält noch Kot, wenn auch weniger als das aszendierende Colon; das Colon descendens ist leer. Therapeutisch läßt Vf. zunächst einige Wochen Rakoczy trinken, bis der Katarrh verschwunden ist, dann gelangen Oelklysmen (50—200 cm^3) und entsprechende Diät zur Anwendung, schließlich greift man zu Massage und Gymnastik der Schenkel- und Bauchmuskulatur. Nach 6—8 Wochen ist subjektiv wie objektiv wesentliche Besserung erzielt. — (Münch. Med. Wochenschr., Nr. 47, 1905.)

2. Im ersten Falle von Reitter handelt es sich um einen Verschluß des oberen Jejunums durch einen großen Gallenstein, der vor Auftreten des durch die Okklusion bedingten Meteorismus intra vitam gefühlt und für ein malignes Neoplasma gehalten worden war. — Der zweite Fall bot klinisch das Bild eines chronisch verlaufenden hohen Darmverschlusses; im Vordergrunde stand häufiges galliges Erbrechen. Die Obduktion ergab Selbstverdauung des Pankreaskopfes und Verdauung des umgebenden Zellgewebes mit Bildung einer großen, mit Zerfallsmassen gefüllten, das Duodenum komprimierenden Zyste. Die klinische Diagnose hatte gelautet: Permanenter Rückfluß von Galle in den Magen durch Stenose des Duodenums (vermutlich Karzinom), Tumor hepatis, vermutlich Metastasen. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 6, 1905.)

3. Es handelte sich in dem Falle von Sakorraphos um einen anfallsweise auftretenden Ileus bei einem jungen Mädchen. Die Anfälle begannen mit Meteoris-

Digitized by Google

mus, Druckschmerzhaftigkeit des Abdomens, es kam zu galligem und dann zu fäkulentem Erbrechen. Nach den Anfällen erholte sich die Kranke bald wieder völlig. Ein materielles Substrat war nicht zu finden, dagegen Sensibilitätsstörungen, Einengung des Gesichtsfeldes und Ovarie. — (Le Progrès médical Nr. 52, 1904.)

4. Chéridjian bespricht im Anschluß an einige in der chirurgischen Klinik zu Genf beobachtete und mehrere aus der Literatur zusammengestellte Fälle das Vorkommen von Ileus bei tuberkulösen Ulzerationen des Dickdarms. Diese Anfälle können leichterer Natur sein, die aufgetretenen Symptome (Meteorismus, Erbrechen etc.) können spontan oder auf Einläufe verschwinden; sehr oft aber kommt es, besonders wenn mehrere leichtere Attacken vorangingen, zu bedrohlicher Schwere der Erscheinungen, die dann einen chirurgischen Eingriff erfordert. Bei der Laparotomie fand sich nun bei den vom Vf. erwähnten Fällen kein organisches materielles Hindernis, so daß vielfach das Abdomen unverrichteter Dinge geschlossen werden mußte. Die Ursache für die Störung der Darmpassage in solchen Fällen von tuberkulöser, nicht hypertrophischer Geschwürbildung, bei der auch keine Narbenbildung vorhanden war, sieht Vf. mit den meisten Autoren in einem vom Ulkus reflektorisch ausgelösten Spasmus des betreffenden Darmabschnittes. In seltenen Fällen nur kann man eine Paralyse des betreffenden Darmteils für solche Zustände verantwortlich machen, nämlich dann, wenn durch den Ulzerationsprozeß fast alle histologischen Elemente der Darmwand zerstört und die Hauptgefäße thrombosiert sind. Durch solche umschriebene Spasmen und Paralysen der Darmwand kann ein tuberkulöses Ulkus ohne Tumorbildung die Ursache einer Invagination werden.

Mit der Besserung der tuberkulösen Ulzera lassen gewöhnlich auch die ileusartigen Symptome bald nach; in dieser Richtung kann die explorative Laparotomie durch ihre günstige Wirkung bei tuberkulösen Affektionen des Bauchfelles therapeutisch sehr rasch einen Nachlaß der ileusartigen Erscheinungen herbeiführen. — (Diss. Genf, 1905.)

5. Ueber einen Fall von Infusorienenteritis berichtet Nagel: Das klinische Bild war zunächst das einer hochgradigen Anämie bei gänzlicher Abwesenheit von krankhaften Erscheinungen der Milz, der Leber, der Nieren und des Herzens. Es wurde Anchylostomiasis vermutet, bei der mikroskopischen Untersuchung aber Balantidium coli gefunden. Versuche mit Kalomel, 1‰igen Chinineinläufen, roborierender Diät etc. führten zu keinem dauernden Erfolg. Die von dem Parasiten verursachte Krankheit äußert sich durch fortwährende Diarrhöen mit mehr oder minder blutigen, nicht selten eitrigen Stuhlgängen. Die Prognose gestaltet sich zu einer sehr ungünstigen, sowohl quoad valetudinem, wie auch quoad vitam. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 44, 1905.)

6. Binnie lenkt die Aufmerksamkeit auf Fälle, in denen eine Appendizitis mit Rezidiven vorzuliegen scheint, nach Eröffnung der Bauchhöhle jedoch das Appendix bezw. Cökum entweder ganz frei oder doch nur relativ wenig affiziert erscheint gegenüber dem Colon ascendens, so daß man viel mehr von einer Perikolitis als von einer Appendizitis sprechen sollte. — (The monthly Cyclop. of pract. med. Aug. 1905.)

7. Passier bringt weitere Mitteilungen über die Methode seines Lehrers Mathieu, die dieser zuerst bei Typhusblutungen angewendet, in der Folge aber bei allen möglichen intestinalen Blutungen erprobt gefunden hat: die Anwendung von Heißwasserklysmen mit Chlorkalzium. Man gibt täglich zwei Klysmen von 1 l heißem Wasser von 48°, mit je 2 g Chlorkalzium unter geringem Druck (20—40 cm Höhe), ganz langsam (innerhalb ¼ Stunde); der Patient liegt dabei in horizontaler Rückenlage; innerlich gibt man dabei weitere 2 g Chlorkalzium pro Tag in wässeriger Lösung, eventuell auch 4—5mal täglich 1 cg Extr. Opii oder auch Wismut. Oft kommt mit diesen Klysmen flüssiges oder geronnenes Blut zurück, doch hat dies nach Mathieu nichts zu

Digitized by Google

sagen; er hat noch keine Blutung gesehen, die nicht schließlich bei dieser Methode zum Stehen gekommen wäre. Außerdem ist es ein Vorteil, wenn das stagnierende, geronnene Blut aus dem Darm fortgespült wird. Das Kalziumchlorid wird gewöhnlich gut ertragen; bei größeren Dosen beobachtet man Kopfschmerz; man wird es überhaupt nur dann geben, wenn intakte Nieren seine gute Ausscheidung verbürgen, und in den angegebenen Dosen nicht länger als vier Tage. — (Thèse de Paris 1904.)

8. Marini wendet seit acht Jahren bei Hämorrhoidariern ausschließlich Hydrastis an, das er auf Grund seiner Erfahrungen in 160 Fällen als ein unfehlbares Spezifikum, und zwar nicht nur im Sinne einer momentanen, sondern einer definitiven Heilung betrachtet. Eine Hauptbedingung für den Erfolg ist aber, daß man jeden Alkoholgenuß streng verbietet. Die täglich verabreichte Dosis beträgt etwa 120 Tropfen des Fluidextraxts; die Behandlung dauert 20—40 Tage. Nach Ansicht des Vfs. wirkt Hydrastis durch Verstärkung der Kontraktion der erschlafften Venenwände. — (Journal des Pract. S. 597, 1905.)

9. Das Paraganglin von Vassale ist ein Extrakt der Marksubstanz der Nebennieren, das in Italien vielfach gegeben wird, wenn es gilt, die mangelhafte Tätigkeit glatter Muskeln anzuspornen, u. a. bei Magenatonie. Mehrfach wurde es auch bereits beim Rektumprolaps per Klysma gegeben, in Dosen von fünf Tropfen auf 200 cm^3 Wasser, 2mal täglich, mit günstigem Erfolg; es erfolgte Heilung in 10—73 Tagen. (Literatur der Arbeit beigegeben.) Nicolini hat es, unbekannt mit diesen Berichten, in seinem Falle per os gegeben, und zwar bei einem 18 monatlichen Kinde in einer Dosis von 35—40 Tropfen innerhalb 24 Stunden. Nach drei Tagen bereits schien Heilung erfolgt zu sein; doch erschien nach etwa vier Wochen der Vorfall wieder: zwei Tage Darreichung von Paraganglin genügten jedoch, um ihn zum definitiven Verschwinden zu bringen. Bezüglich der Wirkungsweise des Paraganglin glaubt Vf., daß es nicht lokal, sondern nach der Resorption vom Blute aus wirkt. — (Gazz. degli osp., Nr. 15, 1906.)

10. In einem Falle von Ulcus pylori wurde die Resectio pylori und Gastroenterostomia anterior nach Wölfler vorgenommen, die Resektion, weil die tumorartige Resistenz den Eindruck eines Karzinoms machte. Heilung. Nach zwei Monaten guten Befindens traten plötzlich Erscheinungen der Perforationsperitonitis auf. $2^1/_2$ Stunden nach Beginn der Erscheinungen Operation; es findet sich beginnende Peritonitis und an der Vorderwand der Anastomosenstelle eine linsengroße Perforation auf dem Boden einer talergroßen Induration. Die Perforation wird geschlossen und mit Netz übersäumt, die Bauchhöhle ausgespült, Tampon auf die Nahtstelle. Glatte Heilung.

Bettac stellt noch sieben Fälle von Ulc. pept. des Jejunums nach Gastroenterostomie zusammen, bei denen sowohl die Gastroenterostomia anterior wie die posterior gemacht waren; drei davon gingen an Peforationsperitonitis zugrunde. Die Ulcera saßen stets an oder in der Nähe der Anastomosenstelle; dort besteht durch Abknickung der zuführenden Mesenterialgefäße eine Unterernährung der Darmwand und so eine Prädisposition für peptische Geschwüre. — Im Verhältnis zur großen Zahl der ausgeführten Gastroenterostomien ist das Ulcus pepticum des Jejunums eine seltene Komplikation dieser bei gutartiger Pylorusstenose so segensreichen Operation und wird uns von ihrer Anwendung nicht abschrecken. — (Diss. Leipzig, 1905.)

Beitrag zur Anwendung der Bierhefe beim Tonsillarabszeß. Von U. Melzi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nach dem Vorgang eines französischen Arztes (Durand de Caleine, Lyon médical 1902) empfiehlt Vf. die Bierhefe (in den gewöhnlichen Dosen von 3—4 Kaffeelöffeln bis 3—4 Eßlöffeln, als getrocknete Bierhefe) zur Abortivbehandlung der Tonsillitis phlegmonosa. Man muß allerdings das Mittel sofort bei Beginn der Beschwerden geben, und dazu kommt der Arzt selten. Vf. verfügt aber doch schon über elf Fälle, wo es ihm gelang, eine sichere Peritonsillitis zu cou-

Digitized by Google

pieren. — (Gazz. degli osped. Nr. 12, 1906.)

Der Wert der Somatose in der Therapie. Von A. Cavazzani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Interessant ist in den Mitteilungen des Vfs. besonders die Tatsache, daß er bei drei Fällen chronisch-parenchymatöser Nephritis bei täglicher Zugabe von 15 g Somatose zur konstanten Milchdiät die Albuminurie von 1—2% unter 1%, ja in einem Falle bis auf Null herabgehen sah, und zwar wiederholt. Weiter sah Vf. sehr günstige Resultate vom Ersatz der Fleischkost durch Somatose bei funktionellen Neurosen, besonders bei Kindern, bei Epilepsie, Pavor nocturnus, Tetanie, Chorea, Hysterie. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 49, 1905.)

Zur medikamentösen Behandlung der subakuten und chronischen Gelenkentzündungen. Von W. Schulhof. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. empfiehlt zur Behandlung chronischer Gelenkerkrankungen unklarer Provenienz das Thiocol-Roche, das Kaliumsalz der Sulfoguajakolsäure, in Form von Pastillen à 0·5 g. Seine Wirkung beruht wahrscheinlich darauf, daß es, in genügender Menge in die Blutbahn gelangend, sowohl auf die im Blute zirkulierenden virulenten Bakterien, wie in die Gewebssäfte übergehend auf die Infektionsherde antiseptische Aktionen ausübt. Das Mittel wird in Tagesdosen von 2—4 g Wochen und Monate hindurch ohne Widerwillen genommen. Klagen über Nebenerscheinungen hat Vf. nie gehört; der Appetit und das Allgemeinbefinden wurden günstig beeinflußt. Objektiv wurde in subakuten Fällen die bestehende Temperatursteigerung um einige Zehntel Grad herabgedrückt, die Empfindlichkeit des Gelenks sowie die fühlbare Wärme der betreffenden Stelle gemindert. In letzter Zeit hat Vf. auch bei gonorrhoischen Gelenkaffektionen das Thiocol verwendet und glaubt eine günstige Wirkung feststellen zu können. Unterstützt wurde die Heilwirkung in allen Fällen durch hydrotherapeutische Prozeduren. — Fortschr. d. Med. Nr. 9, 1906.)

Nervenkrankheiten.

Der Gebrauch eines abführenden Brom-Eisenwassers bei der Behandlung der Epilepsie. Von G. Kirby Kollier. Ref. M. Kaufmann, Mannheim

Um die schädlichen Nebenwirkungen der Bromsalze zu vermeiden, kombiniert sie Vf. mit Magnesiumsulfat. Er löst 6 Teile Natrium-, 3 Teile Kalium-, 2 Teile Kalzium-, 1 Teil Ammoniumbromid und 8 Teile Magnesiumsulfat in so viel Wasser auf, daß eine konzentrierte Lösung entsteht, und davon werden 2 Unzen, in Eiswasser gelöst, den Tag über zu den Mahlzeiten als Trinkwasser verbraucht. Zweckmäßig setzt man der konzentrierten Lösung noch eine Eisentinktur hinzu. — (The Nat. Assoc. for. study of epilepsy, 29. Nov., 1905; Boston, Med. and Surg. Journ., Nr. 9, 1906.)

Hypnotische Behandlung von motorischen Neurosen. Von Em. of Geijerstam. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über hypnotische Behandlung von sechs Fällen. Es handelte sich teils um Chorea minor, teils um Tic, teils um hysterische Motilitätsneurose, in einem Fall um Tremor der Hände bei einem jugendlichen Individuum. Die Resultate der, teilweise viele Monate fortgesetzten hypnotischen Behandlung waren im ganzen gut, wenigstens wurden die Symptome stets zum Verschwinden gebracht; doch erwiesen sich einzelne Fälle durch Auftreten von Rezidiven als sehr hartnäckig. — (Hygiea, März 1906.)

Forschungen über die Einwirkung der Zerebrospinalflüssigkeit auf pathogene Mikroorganismen. Von C. B. Allaria. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Während über die bakteriziden Fähigkeiten des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten zahlreiche Arbeiten existieren, sind die Forschungen, die sich mit der Wirkung der Zerebrospinalflüssigkeit auf Mikroorganismen beschäftigen, sehr spärlich. Die Untersuchungen Allarias nach dieser Richtung hin wurden mit den teils zu diagnostischen, teils zu therapeutischen Zwecken entnommenen Meningealflüssigkeiten von 16 Individuen angestellt,

Digitized by Google

die an den verschiedensten Affektionen litten; als Vergleichsflüssigkeiten diente das Blutserum von sechs Kranken, sowie sechs andere pathologische Flüssigkeiten (Echinokokkusflüssigkeiten, Exsudate etc.). In einer ersten Versuchsreihe wurde am Meerschweinchen die Virulenz verschiedener Mikroorganismen (Bac. diphtheriae, Staphylococcus pyog. aur., Milzbrandbazillus) geprüft, die auf einem mit der betreffenden Flüssigkeit versetzten Nährboden gewachsen waren. In einer zweiten Versuchsreihe versuchte Vf. die Schnelligkeit und die Intensität der Sporenbildung und die Veränderung des Leibes von Milzbrandbakterien festzustellen, die in Gemischen mit Zerebrospinalflüssigkeit einerseits, Blutserum bezw. Kochsalzlösung anderseits verweilt hatten. Das Ergebnis der Versuchsreihen war die Feststellung der Tatsache, daß die Zerebrospinalflüssigkeiten keine abschwächende Wirkung auf die Virulenz der Mikroben ausübten, eine Tatsache, die um so mehr ins Auge fiel, als das Blutserum bei denselben Mikroben stets eine starke Abschwächung der Virulenz und in vitro eine ausgesprochene bakteriolytische Fähigkeit hatte. Als Ursache dieses Fehlens einer bakteriziden Wirkung bei der Zerebrospinalflüssigkeit könnte man die Zellarmut derselben ansehen; aber andere zellarme pathologische Flüssigkeiten besitzen jene Fähigkeit in höherem Grade. Wahrscheinlich ist die Ursache die Armut der Meningealflüssigkeit an Eiweißstoffen; sie enthält nämlich normalerweise nur zirka 0·5 g pro Liter Eiweiß, unter pathologischen Umständen (Eitergehalt, Hirntumor) hat man allerdings bis 80 g gefunden. Vf. selbst hat in fünf Fällen N-Bestimmungen gemacht, und zweimal nur Spuren, in drei Fällen 0·025, 0·043 und 0·0174 g Eiweiß (aller N als Eiweiß gerechnet) pro Liter gefunden. Dies sind allerdings sehr geringe Zahlen gegenüber dem Blutserum, das 60—70 g Eiweiß im Liter enthält. — (Il Morgagni, Nov. 1905.)

Prognose der Geisteskrankheiten. Von Robert Jones. Ref. Ludwig Mann, Mannheim.

Die Arbeit bespricht die Komponenten, auf denen die Prognosenstellung bei Psychose basiert. Mit Recht weist Vf. auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit des Gegenstandes sowohl für die Erkrankten als deren Familien hin, sowohl was die Prognose quoad vitam, als auch quoad Dauer und quoad Ausgang (Heilung, Heilung mit Defekt etc.) betrifft. Einzelheiten lassen sich im Referat nicht anführen. Es sei nur kurz erwähnt, daß es auf folgendes ankommt: Alter, Geschlecht, Heredität, Aetiologie, akuter oder chronischer Beginn, Verhalten des Schlafs und des Körpergewichts, somatische Begleiterscheinungen anderer Art (Lues, Alkohol, Gefäßerkrankungen etc.), psychische Persönlichkeit, Pubertät und last not least Form der Psychose, nervöse Begleiterscheinungen.

Die angegebenen reichhaltigen Zahlen und Tabellen eignen ich nicht zum Referat. — (British med. Journal Nr. 2346, 1905.)

Ueber die Wirkung der Exstirpation des Ganglion coeliacum. Von A. Pieri. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Noch ist die Frage nicht sicher geklärt, ob der Bauchsympathikus ein lebenswichtiges Organ ist. Pieri lieferte an vier Kaninchen den Nachweis, daß Exstirpation des Ganglion coeliacum (deren Vollständigkeit durch die Autopsie kontrolliert wurde) nicht nur mit dem Leben der Tiere vereinbar ist, sondern daß die Tiere, nachdem die unmittelbaren Folgen der Operation überstanden sind, sogar genau so gut bezüglich Freßlust, Gewichtszunahme, Lebhaftigkeit weiterleben wie vorher. Er untersuchte ferner die Einwirkung der Exstirpation auf die Resorption des Methylenblau. Auch sie erwies sich bei den Tieren ohne Ganglion als völlig intakt; nur ganz kurz nach der Operation war sie etwas beschleunigt (wahrscheinlich durch eine Vasodilatation am Herzen). — (Gazz. degli osped., Nr. 133, 1905.)

Die Lumbalpunktion. Von Jean Robert. Ref. A. Haas, München.

Vf. berichtet über die Ergebnisse der Lumbalpunktion nach zweijähriger Au-

Digitized by Google

wendung zu diagnostischen Zwecken bei 114 Patienten einer Irrenanstalt. Wir sind vollauf berechtigt, die kleine Operation zu diagnostischen Zwecken anzuführen, da sie absolut ungefährlich ist, aber wichtige diagnostische Schlüsse gestattet. Ergibt die zytologische Untersuchung Lymphozytose, so dürfen wir einen chronischen, langsam verlaufenden, entzündlichen Prozeß an den Meningen annehmen; insbesondere trägt der Nachweis der konstanten Lymphozytose bei der progressiven Paralyse zur Sicherung der Diagnose bei. Bei den übrigen Psychosen ist die zytologische Untersuchung negativ; positiver Ausfall weist auf eine meningeale Komplikation des Psychose hin. — (Thèse de Bordeaux, 1904/05.)

Zur Behandlung der Impotenz als Teilerscheinung der Sexualneurasthenie. Von L. Steinsberg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über drei Fälle, bei denen er im Verein mit einem allgemein neurotonischen Verfahren das Muirazithin mit günstigem Erfolge verabreicht hatte. Es handelte sich um funktionelle Impotenz ohne zentrale Ursache oder anatomische Läsion der Sexualorgane; allenfalls waren in der Anamnese Exzesse in venere oder Onanie zugegeben. Die Kranken hatten bereits Massage und Elektrizität ohne Erfolg erprobt; die Kur beschränkte sich daher auf genügende Zufuhr leicht assimilierbarer Nahrung, Beeinflussung der Hauttätigkeit durch Anwendung von systematischen und genau dosierten Reizen (Franzensbader Bäder) und Verabreichung von Muirazithin. In allen drei Fällen wurde ein sehr günstiges Resultat erzielt, an dessen Zustandekommen das Muirazithin „in nicht unbeträchtlichem Maße partizipiert hat". — (Fortschr. d. Med., Nr. 13, 1906.)

Physikalische Therapie.

Kasuistischer Beitrag zur hydriatischen Behandlung der Verbrennungen. Von Dr. Dohan. Ref. Buxbaum, Wien.

Im Jahre 1869 hat Winternitz eine von ihm erprobte Methode der Behandlung bei Verbrennungen mitgeteilt, mittels welcher es ihm gelungen war, in kurzer Zeit überraschend günstige Resul- zu erzielen.

Von der Erwägung ausgehend, daß selbst die energischeste Kälteapplikation den Schmerz bei Brandwunden nicht zu beheben vermag, wenn die Wunde gleichzeitig der Luft ausgesetzt ist, wird bei diesem Verfahren die Wundfläche mit einer einfachen, feuchten, enganliegenden, feinen Leinwandschicht bedeckt und die Kälteapplikation in folgender Weise vorgenommen:

Auf die mit der Leinwandschicht bedeckte Wundfläche werden mehrere Lagen in temperiertes (20° R.) Wasser getauchte hydrophile Stoffe gelegt, dieselben nach Bedarf in kurzen Zeitintervallen gewechselt und auf diese Weise eine fast permanente Kältewirkung erzielt, ohne dabei die Wundflächen zu entblößen. Die unterste Leinwandschicht braucht unter normalen Umständen innerhalb einer Woche nicht gewechselt zu werden. Der durch den Entzündungsprozeß angesammelte Eiter wird durch eine täglich zweimal zehn Minuten lang vorgenommene Irrigation mit Wasser von zirka 26° R. durch die Leinwand gespült und auf diesem Wege die Wunde reingehalten. Die Spülung kann in Ermanglung einer besseren Vorrichtung mit einer Gießkannrose, der das Wasser mittels eines Schlauches zugeführt wird, bewerkstelligt werden. In dieser Weise läßt sich schon nach der kürzesten Zeit eine bedeutende Abnahme der Schmerzen, sowie ein rascher Verlauf des Heilungsprozesses konstatieren.

In dem hier zu schildernden Falle handelt es sich um eine 60jährige Frau.

Nach einem lokalen Heißluftbade, welches Patientin wegen ihres Rheumatismus an den Handgelenken nahm, wickelte sie beide Hände zum Zwecke des Nachdunstens in Werg ein, letzteres fing an einer Kerzenflamme Feuer und ehe man dasselbe löschen konnte, hatte die Frau eine ausgedehnte Verbrennung ersten bis dritten Grades erlitten, die sich über beide Hände, links mehr als rechts, bis an die Handwurzel erstreckte. Der

Digitized by Google

herbeigerufene Arzt legte eine Wismutbinde an, doch der Schmerz wurde von Tag zu Tag unerträglicher und auch die eingeleitete Salbenbehandlung (10% Anästhesin) brachte nur wenig Linderung.

Patientin wurde auf die Spitalsabteilung des Prof. Winternitz der Allg. Poliklinik gebracht, wo wir die Salbenbehandlung fortsetzten. Nach Abstoßung bezw. Abtragung einiger Epidermisfetzen zeigten sich Granulationswülste, die in wenigen Tagen sehr üppig wucherten und große Erhabenheiten erzeugten. Die zur Verhütung von unschönen Narben und narbigen Kontrakturen vorgenommene Aetzung dieser Granulationen mit Lapisstift war trotz vorheriger Pinselung der betreffenden Stellen mit Kokain für die exzessiv empfindliche Patientin mit sehr starken Schmerzen verbunden, die fast den ganzen Tag anhielten und die ohnehin sehr heruntergekommene Frau noch mehr schwächten. Es wurde daher die oben skizzierte Behandlung eingeleitet.

Beide Hände wurden mittels schmalgeschnittener, dünner, befeuchteter Leinwandstreifen handschuhförmig eingewickelt, wobei die Streifen, soweit es die Empfindlichkeit der Brandstellen zuließ, eng angelegt waren, um durch den mechanischen Druck teils eine Abflachung der bereits entstandenen Erhabenheiten zu erzielen, teils um ein neues Entstehen solcher hintanzuhalten. Die derartig bedeckte Wundfläche wurde zweimal täglich nach vorangegangener Abspülung mit 3% Borlösung in oben geschilderter Weise irrigiert, wobei die erste, der Haut unmittelbar anliegende Leinwandschicht nicht gewechselt wurde. Nach der Irrigation bedeckte man die Hände mit mehreren Schichten durchfeuchteter hydrophiler Gaze und verband dieselben durch ein locker angelegtes Tuch. Der Gazeverband wurde tagsüber mehreremal gewechselt und so die Kältezufuhr recht ausgiebig gestaltet. Der schmerzlindernde Erfolg stellte sich noch am selben Tage ein. Bei der nach drei Tagen behufs Kontrolle der Wunde vorgenommenen Entfernung der untersten Schichte hatte die Wundfläche ein bedeutend gebessertes Aussehen, die Granulationsbildung war lebhaft ausgebildet, die erhabenen Stellen bedeutend abgeflacht. Durch ein lauwarmes Handbad wurden die abgehobenen Epidermisfetzen sowie die noch anhaftenden Entzündungsprodukte entfernt und der Verband neuerdings angelegt. Dieser Prozeß wurde in gleicher Weise fortgesetzt und schon nach einer Woche trat Ueberhäutung ein und Verkleinerung der Wundfläche teils von den Rändern, teils von der Mitte aus. Nach einer vierwöchentlichen Kur, bei welcher, entsprechend dem fortschreitenden Heilungsprozeß, sowohl Irrigation als auch die Kälteapplikation in Form von gewechselten Umschlägen seltener gegeben wurden, heilten die Brandwunden unter Zurücklassung einer glatten Narbe. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1906.)

Die Ernährung per rectum. Von Dr. Boyd und J. Robertson. Ref. Buxbaum, Wien.

Die Vf. kommen zu dem Schlusse, daß die Ernährung per rectum eine Unterernährung schlimmster Sorte darstellt und daß es nie gelingt einen geschwächten Kranken durch sie in die Höhe zu bringen. Es ist dies von Bedeutung, da man noch zuweilen versucht, Kranke mit Magen- oder Speiseröhrenkrebsen vor der Operation durch rektale Ernährung in einen günstigen Ernährungszustand zu bringen. Dies gelingt nie. Die Leubeschen Fleisch- und Pankreasklysmen haben sich gar nicht bewährt. Die Autoren empfehlen noch als beste Rektalernährung Kohlehydrate und Fette, und zwar reine Dextrose, die gut ausgenützt wird, und Eigelb. Vf. empfehlen als gutes Nährklistier 2 Eigelb, 30·0 reine Dextrose, 0·5 Kochsalz und 300 cm³ pankreatische Milch. Ein solches Klystier enthält 300 Kalorien. Unter günstigen Verhältnissen wird etwa ein Drittel resorbiert. Der Darm muß täglich gründlich mit Kochsalz ausgespült werden, die Klystiere müssen vorsichtig mit Hilfe eines Darmrohrs einlaufen gelassen werden. Bei Reizbarkeit des Darms kann man dem Klysma etwas Morphium beigeben. Die Nährklysma soll 250—300 cm³ nicht übersteigen und soll 6stündlich wiederholt werden. Zu bemerken ist noch, daß das Nährklistier den Magen fast immer zu

Digitized by Google

einer Sekretion anregt; er wird also bei rektaler Ernährung nie ganz ruhig gestellt. — (Scottisch med. and surg. Journal, März 1906.)

Experimentelle Untersuchungen über physiologische Bedeutung der Radioaktivität. Von Bergell und Bickel. Ref. Buxbaum, Wien.

Bekanntlich enthält eine große Zahl von Mineralwässern Radiumemanation, die jedoch nach der Entnahme der Wässer aus der Quelle bald verschwindet. So fehlt den exportierten Mineralwässern die Radioaktivität vollständig. Nach einem besonderen Verfahren ist es möglich, jedem beliebigen Mineralwasser an beliebigem Orte Radiumemanation wieder künstlich zuzusetzen und so dem Wasser die verlorenen Eigenschaften wiederzugeben. Bei Untersuchungen über den Einfluß des emanationsfreien und emanationshaltigen Wiesbadener Kochbrunnenwassers auf die Magenverdauung stellte sich heraus, daß durch die Radiumemanation der die Eiweißverdauung hemmende Einfluß der Kochsalzthermen mehr weniger wieder paralysiert wird, und daß die Emanation eine Aktivierung des Pepsins herbeiführt. Das gilt ebensowohl für das Wasser, das seine natürliche Radioaktivität noch besitzt, wie auch für dasjenige, dem Radiumemanation künstlich zugesetzt wurde. — (Wien. med. Presse Nr. 20, 1905; Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 5, 1906.)

Die Wirkung der Baden-Badener Thermen vom Standpunkte ihrer Radioaktivität. Von Dr. R. Stegmann und G. Just. Ref. Buxbaum, Wien.

Wenn man radioaktives Wasser trinkt, so verlassen größere Mengen der aufgenommenen Emanation den Körper auf dem Wege der Ausscheidung durch die Nieren; die ausgeatmete Luft enthält die Emanation in größerer Menge. Letztere geht, wie nachgewiesen werden kann, vom Magen wie vom Darme aus in die Blutbahn und gelangt so in die Lunge. Auch bei einem Bad in radioaktivem Wasser gelangt Emanation in den Körper. Es kann angenommen werden, daß die Aufnahme der Emanationen bei verschiedenen Krankheiten eine Heilwirkung erzielen läßt, so bei Gicht, Leukämie, Malaria, Syphilis etc. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Chirurgie.

Stauungstherapie.

1. **Die Behandlung der Knochenbrüche mit Stauungshyperämie.** Von Dr. Deutschländer, Hamburg. Ref. Buxbaum, Wien.
2. **Zur Stauungshyperämie bei akuten Entzündungen.** Von Prof. Lexer. Ref. Klar, München.
3. **Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mit Stauungsbinden und Saugapparaten in der Praxis.** Von Dr. Ernst Guth, Kirchenbirk. Ref. A. Haas, München.
4. **Die Klappsche Saugbehandlung bei eiternden Hautwunden.** Von J. Eversmann, Bonn a. R. Ref. G. Wiener, München.

1. Deutschländer empfiehlt im Anschlusse an die lesenswerte Schilderung eines Falles von Stauungsbehandlung bei Osteotomie beider Ober- und Unterschenkel wegen Osteomalazie, die Stauungshyperämie bei Frakturen, und zwar in der Dauer von 6—8 Stunden täglich, mit kurzer Unterbrechung während der Mittagspause. Er betrachtet das Verfahren als ein sehr einfaches, leicht anwendbares, das den gesamten Frakturheilungsprozeß wesentlich abkürzt, die Kallusbildung auffallend beschleunigt, die Schmerzhaftigkeit herabsetzt, so daß sich funktionelle Bewegungen weit ausgiebiger durchführen lassen, als unter anderen Verhältnissen. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 13, 1906.)

2. Angeregt durch die auffallende Mitteilung Biers auf dem letzten Chirurgenkongreß, daß Streptokokken in Bonn höchst selten vorkämen, fordert Lexer auf Grund seiner Erfahrung, daß die in Berlin und Königsberg nicht seltenen Streptokokkeninfektionen und deren Mischinfektionen mit Staphylokokken bei der Behandlung mit Stauung nicht nur nicht sich bessern, sondern allgemeine und örtliche Verschlimmerung zeigen, die sich mit Stauungshyperämie beschäftigenden Kollegen auf, jeden einzelnen Fall bakterio-

Digitized by Google

logisch genau zu untersuchen und den Befund bei jedem Fall auch mitzuteilen. Denn es komme bei der Beurteilung des Wertes der Stauungsbehandlung nicht allein auf die klinische Erfahrung, das Ausprobieren von Fall zu Fall, an. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 18, 1906.)

3. Guth bezieht sich auf die allgemein bekannten Bierschen Publikationen und empfiehlt dessen Verfahren insbesondere auch für die Landpraxis. Statt der Gummibinden verwendet er mit entsprechender Spannung angelegte Heftpflasterstreifen; sonst bieten die mitgeteilte Technik und die angeführten Fälle nichts Besonderes. Seine Empfehlung für den Praktiker gründet Vf. auf folgende Punkte: Die Behandlung ist einfach und schmerzlos, die Behandlungsdauer wird verkürzt, was ja besonders für die arbeitenden Klassen und für die Kassen ins Gewicht fällt. Endlich sind die Hände des Arztes weniger der Berührung mit septischem Material ausgesetzt. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

4. Bei nicht primär heilenden Wunden und kleinen Fistelöffnungen mit eiteriger Sekretion hat Eversmann sehr gute Erfolge von der Schröpfkopfbehandlung mit nachfolgender Einfüllung von 2%iger Argentumnitricumsalbe in die Abszeßhöhle gesehen. Die Saugkraft läßt man fünf Minuten wirken, schaltet sie etwa eine Minute aus, und läßt sie dann wieder einwirken u. s. f. $^1/_2$ Stunde lang. Den größten Wert legt Vf., entsprechend den Bierschen Anschauungen, darauf, daß solche Wunden nicht tamponiert werden. Denn die Tamponade unterhält nur die Sekretion und führt leicht zu nekrotischer Abstoßung der Faszie und anderer Gewebe, sowie zum Herauseitern der versenkten Ligaturen. Da es sich bei den Störungen in der Wundheilung meist mehr um Längs- als um Breitenausdehnung handelt, hat die Firma Eschbaum in Bonn Gläser hergestellt, die auf dem Querschnitt nicht rund, sondern queroval sind. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 4, 1906.)

Ren mobile.

1. **Beitrag zur Aetiologie und operativen Technik der Wanderniere.** Von H. W. Longyear. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Beobachtungen über Nephroptosis und Nephropexie.** Von Arnold Sturmdorf, New-York. Ref. A. Haas, München.
3. **Folgeerscheinungen der Wanderniere.** Von Biondi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Bei einer Appendizitisoperation machte Longyear die Beobachtung, daß ein Zug am Appendix die völlig normal liegende Niere dislozieren konnte. Die Möglichkeit, daß es sich hier um pathologische Verwachsungen zwischen Niere und Darm handeln könne, zog er wohl in Betracht, doch sprach dagegen die Festigkeit der Verbindung. Die Literatur enthält nichts über eine derartige Verbindung zwischen Niere und Darm; Vf. machte daher selbst Leichenversuche und fand, ebenso wie bei Operationen, strangartige Verbindungen zwischen beiden Organen. Er hält diese Stränge für embryonale Residuen und ihr Vorhandensein für das wichtigste Moment bei der Entstehung der Wanderniere. Therapeutisch schlägt er daher vor, dieses Ligamentum nephrocolicum nach vorgenommenem Lendenschnitt im oberen Wundwinkel festzunähen und ebenso, falls allzu reichliches Mesenterium vorhanden ist, dieses in dem unteren Wundwinkel zu befestigen. — (Amer. Assoc. of Obstetr. etc., 19. bis 21. Sept. 1905; Med. News Nr. 14, 1905.)

2. Eine scharfe Grenze zwischen noch physiologischer Beweglichkeit der Niere und zwischen der pathologischen Wanderniere ist, wie Sturmdorf mit Recht hervorhebt, schwer zu ziehen, umsomehr, als die klinischen Symptome keineswegs mit der größeren Beweglichkeit der Niere an Heftigkeit zunehmen. Zu den Faktoren, welche die Niere in ihrer Lage erhalten, gehört nun neben dem intraabdominellen Druck, dessen Wichtigkeit experimentell nachgewiesen wurde, insbesondere auch, wie Vf. hervorhebt, das am Skelett präformierte Lager der Niere. Dieses Lager wird durch eine beiderseits an den Vorderflächen des letzten Brust- und obersten Lendenwirbels vorhandene Deklivität gebildet, ist trichterförmig und der hinteren

Digitized by Google

Nierenfläche angepaßt. Der auf die Vorderfläche der Niere wirkende intraabdominelle Druck preßt das Organ in sein Lager. Anomalien des Skeletts, wie sie durch Rhachitis, Lues etc. erzeugt werden, können nun zu einer Lageveränderung der Niere führen, einmal dadurch, daß das knöcherne Bett der Niere verdrängt wird, zweitens dadurch, daß der intraabdominelle Druck bei einer Aenderung der Form des Lagers der Niere diese unter einem ganz veränderten Winkel trifft und so eine anormale Lage derselben herbeiführt. So erklärt sich das Vorkommen der Nephroptosis auch bei Kindern.

Bei der Symptomatologie hebt Vf. besonders hervor, daß bei dem engen Zusammenhang der Harn- mit den Sexualorganen es nicht zu verwundern ist, daß scheinbar rein genitale Symptome, wie Ovaralgie, ovarielle Dysmenorrhöe etc. nicht selten auf Wanderniere zurückzuführen sind. Sehr häufig schon ist statt des Ren mobil. dext. der Appendix für Beschwerden in der Gegend des Mc. Burney schen Punktes angeschuldigt worden.

Die beste Behandlung der Wanderniere ist die Nephropexie. — (Medical Record, 13. Jänner 1906.)

3. Biondi berichtet über den Fall einer Frau mit Nephroptose und Hämaturien. Eine Stieldrehung als Ursache der letzteren war ausgeschlossen, da die Beweglichkeit nicht sehr bedeutend war; ebenso fehlten die Schmerzen, die sonst die Stieldrehung auszuzeichnen pflegen. Es erhob sich daher der Verdacht auf Tuberkulose der Nieren, und er wurde bestätigt durch den Erfolg einer Injektion des Harnsediments ins Peritoneum eines Meerschweinchens: Das Tier erlag einen Monat später einer allgemeinen Tuberkulose. Dieser und zwei ähnliche Fälle führen Vf. zum Schlusse, daß die Niere, die schon an sich eine gewisse Empfänglichkeit für Tuberkulose hat, eine solche in noch höherem Grade unter dem Einfluß von Traumen darbietet, und eine wesentliche Disposition zu Traumen bietet die Beweglichkeit der Niere ohne und ganz besonders mit gelegentlichen Stieldrehungen. Vf. sah weiter mehrere Fälle von Nierensarkom bei Wandernieren sowie Fälle von einseitiger parenchymatöser Nephritis bei einseitiger Wanderniere. Er kann auch die Edebohls'sche Behauptung bestätigen, daß auffallend häufig Appendizitis sich mit Ren mobilis kombiniert, nach Edebohls durch Kompression der oberen Mesenterialvene verursacht. Auf jeden Fall hält Vf. angesichts dieser und noch mancher anderer Gefahren (Duodenalkompression, Stieldrehung etc.), die die Wanderniere ihrem Träger bringt, eine operative Beseitigung des Leidens für geboten. Auf Grund seiner Tierversuche hält er für die geeignetste Methode die Dekapsulation der Niere und ihre nachherige Festnähung zwischen Haut und Muskulatur; eine feste Verwachsung war in seinen Versuchen schon nach 20 Tagen erfolgt. Er hat am Menschen bis jetzt 45 Nephropexien gemacht, die in jeder Beziehung erfolgreich waren. — (Riform. Med. Nr. 36, 1905.)

Appendizitis.

1. **Ueber die operative Behandlung der Perityphlitis vom internen Standpunkt aus.** Von J. Boas. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber 28 Frühoperationen der Perityphlitis acuta.** Von v. Rutkowski. Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Zur Appendizitisbehandlung.** Von Dr. F. Smoler. (Aus der chir. Abt. der mähr. Landes-Krankenanstalt Olmütz.) Ref. A. Haas, München.
4. **Das Verhalten des praktischen Arztes bei Appendizitis.** Von H. Fitz. Ref. A. Haas, München.
5. **Diffuse Peritonitis durch Appendixperforation, ihre Diagnose und Behandlung. (14 Fälle mit 12 Heilungen.)** Von Ch. A. Marton. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Beckenappendizitis (pelvicapp) und die Wichtigkeit der Rektaluntersuchung.** Von G. E. Armstrong. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Ueber die hohe Mortalität der Perityphlitis während der Schwangerschaft.** Von Privatdozent Dr. Füth, Leipzig. Ref. G. Wiener, München.
8. **Appendizitis bei Kindern.** Von C. N. Dowd. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
9. **Das Vorkommen von Enterospasmen und ihre Verwechslung mit Appendizitis.** Von H. P. Hawkins. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Boas kann sich nicht zu dem von Chirurgen als Normalmethode empfoh-

Digitized by Google

lenen Standpunkt der Frühoperation bekennen. Manche Menschenleben würden sicher der Operation zum Opfer fallen, welche bei interner Therapie gerettet würden. Dazu kommt, daß die günstigen vorliegenden Statistiken meist von Meistern der Operationskunst herrühren, und daß sicher die Resultate aller Chirurgen zusammengenommen nicht nur nicht günstiger, sondern wahrscheinlich schlechter sein würden, als die Resultate der Internisten. Der richtige Standpunkt ist, jeden Fall einzeln auf die Notwendigkeit der Operation hin zu prüfen. In zwei Formen der Krankheit wird es keine Differenzen zwischen Internisten und Chirurgen geben, einmal bei der in der Privatpraxis viel häufiger als im Krankenhaus vorkommenden mildesten Form der Perityphlitis und dann bei schweren Fällen von septisch-gangränöser Perityphlitis. Zwischen diesen Extremen liegen zahlreiche Abstufungen, bei denen die Entscheidung schwerer fallen wird. Oft kommt es vor, daß ein zuerst anscheinend leichter Fall am zweiten oder dritten Tag einen schweren Eindruck macht. Dies kann wohl von einer spontanen Verschlimmerung, aber auch von falscher Behandlung kommen. Besonders scharfe Kritik verdient hier die vielfach geübte Opiumbehandlung. Abgesehen davon, daß das Opium den Darm lähmt und zu Meteorismus führt, maskiert es das Krankheitsbild und wiegt Arzt und Patienten in trügerische Sicherheit — „in dem Augenblicke, wo der Schmerz beseitigt ist, muß auch das Opium fortgelassen werden". Die Stellung, die wir bei den mittelschweren Fällen einzunehmen haben, hängt von dem Stadium ab, in dem wir den Kranken zuerst sehen. Geschieht dies erst am zweiten oder dritten Tag, so sind die Gefahren der chirurgischen Behandlung mindestens so groß wie die der exspektativen. Ist der zweite Tag schon vorüber und besteht nicht ein lokalisierter Abszeß, so muß der Fall ruhig weiter exspektativ behandelt werden. Zweckmäßig ist es, in solchen Fällen von vornherein einen Chirurgen zuzuziehen. Fest steht jedenfalls, daß bei mittelschweren Fällen von Perityphlitis mit beginnender oder zu fürchtender Peritonitis die ersten 24 Stunden die einzige Zeit sind, die der chirurgischen Behandlung einigermaßen günstige Chancen eröffnen. Bildet sich ein Exsudat und resorbiert es sich nicht, so tut man gut, den Eiter vorläufig abzulassen und im freien Intervall den Appendix abzutragen. Verringert sich das Exsudat allmählich, so unterbleibt ein Eingriff. Bricht ein Exsudat in den Darm oder in die Blase durch, so kann dies zur Heilung führen, oft aber ist noch ein Eingriff nötig.

Bei der chronischen Perityphlitis haben wir Fälle zu unterscheiden, die sich im Anschluß an einen akuten Anfall entwickeln und solche, die von vornherein chronisch-rezidivierend auftreten. Letztere bringen gewöhnlich keine schweren Gefahren mit sich, bei ersteren ist dagegen der Patient niemals seines Lebens sicher. Die rezidivierende Perityphlitis, im Anschluß an einen akuten Anfall, sollte jedenfalls im anfallsfreien Stadium operiert werden. Bei der chronisch-rezidivierenden Form handelt es sich im wesentlichen um diagnostische Fragen, der Abgrenzung gegen Kolitis, Frauenleiden etc. Ist die Diagnose gestellt, so sollte eine innerliche Behandlung mit Ruhe, Diät, Umschlägen, Sool- und Moorbädern jedenfalls versucht werden, wenn auch Vf. bis jetzt nie einen vollen Heilerfolg gesehen hat. Bleibt sie erfolglos, so hängt die Frage, ob man operieren soll, von den äußeren Lebensumständen der betreffenden Patienten ab. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr., Nr. 4, 1906.)

2. v. Rutkowski tritt für eine möglichst frühzeitige Operation ein. Da klinisches Bild und anatomische Veränderungen oft in einem Mißverhältnis zueinander stehen und die Schwere des pathologisch-anatomischen Prozesses und die Gefahr für den Patienten rasch wächst und am zweiten Tag nach dem Anfall viel größer ist als am ersten, sollten alle Fälle, auch die leichtesten, operiert werden, und zwar womöglich in den ersten 24 Stunden nach dem Anfall. — (Diss. Leipzig 1905.)

3. Smoler hat in den letzten zwei Jahren 84 Appendizitiden auf seiner Abteilung behandelt. 18 Fälle heilten bei interner Medikation. Auch Smoler ver-

Digitized by Google

wirft das Opium bei der internen Appendizitis-Behandlung, da es nur das Krankheitsbild verschleiert. — Von den 66 operierten Fällen waren 20 Intervalloperationen mit einem Todesfall durch Hämophilie, 25 waren Abszeßspaltungen mit zwei Todesfällen (einer durch Pyämie, einer an Delirium tremens mit konsekutiver Herzschwäche); bei der Spaltung der Abszesse begnügte sich Vf. mit der Inzision, ohne nach dem Appendix zu fahnden. Bei acht Operationen handelte es sich um progrediente eiterige Peritonitis mit vier Todesfällen; sowohl bei den Abszessen wie bei den Peritonitiden handelte es sich in den weitaus meisten Fällen um den ersten Anfall, ein Zeichen, daß auch bei diesem schon die schwersten Komplikationen auftreten können. In sechs operativen Fällen bestanden besondere Komplikationen (von Seiten der rechten Tube, Appendizitis im Bruchsack, Invaginatio ileocoecalis). Nur sieben Fälle wurden der Frühoperation unterzogen und genasen sämtlich nach kurzem Krankenlager. Vf. verlangt in seinem Resumé für alle Fälle die Frühoperation, da wir mit unseren heutigen diagnostischen Hilfsmitteln noch keine genügenden Anhaltspunkte für ihre weitere Entwicklung haben und die Frühoperation von allen Behandlungsmethoden die geringste Mortalität hat. — (Prager med. Wochenschr., Nr. 1, 1906.)

4. Die Operation bei Appendizitis soll nur bei schweren Fällen, dann aber möglichst früh, vorgenommen werden. Der Standpunkt der Chirurgie, möglichst jeden Fall zur Frühoperation zu bringen, wird verworfen; er wird damit erklärt, daß der Chirurg meist nur schwere Fälle zu sehen bekomme und deshalb zu einem so radikalen Standpunkt neige. Die leichten Fälle, die der Praktiker öfter behandelt, mit ganz geringer lokaler Schmerzhaftigkeit, ohne stärkere Temperaturerhöhung und Störung des Allgemeinbefindens, rechtfertigen ein exspektatives Verhalten. Bei Steigerung der Symptome, besonders der Schmerzhaftigkeit am Mc. Burneyschen Punkt, beim Auftreten von défense musculaire und von Temperatursteigerung, soll ohne Aufschub operiert werden. Ist eine Frühoperation nicht mehr möglich und der Prozeß nicht mehr bedrohlich, so soll man möglichst die Entzündung abklingen lassen und im Intervall à froid operieren. — (The Therapeutic Gazette, 15. Juli 1905.)

5. Morton unterscheidet zwischen allgemeiner (general) und diffuser (diffuse) Peritonitis: bei ersterer ist die ganze Bauchhöhle befallen, besonders auch die oberen Teile nicht mehr frei; sie gibt eine sehr schlechte Prognose; unter sechs Fällen erzielte Vf. nur einmal Heilung. Diffuse Peritonitis ist bei ihm die Bezeichnung jener eitrigen Prozesse, die sich nicht mehr auf die Umgebung des Appendix beschränken, aber immerhin noch nicht das ganze Peritoneum infiziert haben und besonders die unteren Partien betreffen. Die Differentialdiagnose zwischen noch lokalisierter Appendizitis und diffuser Peritonitis ist keine leichte. Weder Lokalisation oder Intensität des Schmerzes, noch Fehlen oder Vorhandensein von Erbrechen, weder das Verhalten der Temperatur oder des Pulses, noch das der Defäkation bieten sichere Anhaltspunkte. Von einigem Wert ist das Verhalten der Druckschmerzhaftigkeit, die sich bei lokalisierter Appendizitis meist auf die Blinddarmgegend beschränkt, während sie bei Peritonitis ausgebreiteter zu sein pflegt; ebenso spricht verbreitete Auftreibung des Leibes für Peritonitis. Vermehrte Spannung der Abdominalwand ist ein trügerisches Zeichen; dagegen ist der Befund bei der Rektaluntersuchung von nicht geringem Wert; so wurde Vf. in einem Fall durch die große Druckschmerzhaftigkeit nach allen Seiten hin bei Vornahme der Rektaluntersuchung zur Diagnose diffuse Peritonitis geführt; oft fühlt man auch vom Rektum aus Abszesse, wogegen in anderen Fällen bei rektaler Untersuchung jede Geschwulstbildung und Schmerzhaftigkeit vermißt wird, trotz bestehender ausgedehnter Peritonitis. Vf. kommt zu dem Schluß, daß in einer großen Reihe von Fällen überhaupt die Differentialdiagnose unmöglich ist.

Die Behandlung solcher Fälle besteht in rascher Operation, Entfernung des Wurms, Toilette des Peritoneums und freier Drainage. Die Toilette geschehe

Digitized by Google

aber mittels Austupfens, nicht durch Spülung, da letztere die Keime noch mehr verbreiten könnte. Sehr wichtig bei der Nachbhandlung sind sehr heiße Terpentinölklysmen. In den ersten 24—48 Stunden erhält der Patient nichts per os als etwas Wasser, dagegen alle vier Stunden ein Nährklysma, eine halbe Stunde vorher jeweils ein Terpentinklysma. — Um eine Infektion der oberen Teile des Abdomens möglichst zu vermeiden, lagert Vf. seine Kranken von vornherein schon vor der Operation so, daß der Kopf viel höher liegt als das Becken; ferner benützt er deshalb, falls er außer dem in der Gegend des Appendix gelegten Schnitt einen zweiten in der Oberbauchgegend anlegt, um zu sehen, ob dort Eiter sitzt, stets dazu andere Instrumente und desinfiziert sich vorher nochmals. 14 Krankenberichte sind der Arbeit beigegeben. — (Brith. med. Journal, 13. Jänner 1906.)

Armstrong faßt unter dem Namen „Pelvic appendicitis" eine Gruppe von Erkrankungen des Wurmfortsatzes zusammen, in denen dieser über oder unter dem Eingang ins kleine Becken liegt, und in denen das Peritoneum des Beckens sehr rasch infiziert wird. Sie sind sehr schwer zu diagnostizieren, weil dem erkrankten Teil im Beginn der Erkrankung, wo sie noch lokalisiert ist, kein deutlicher Druckpunkt entspricht. Die Fälle haben auch noch das Gemeinsame, daß nach akutem Beginn meist bald eine wesentliche Besserung einsetzt, bis am vierten bis sechsten Tage das Auftreten einer diffusen Peritonitis dem Arzt den Ernst der Lage enthüllt. Die Fälle sind nur durch Untersuchung per rectum der Diagnose zugänglich, und bei keiner zweifelhaften Abdominalaffektion sollte diese unterlassen werden. Eine Anzahl Krankengeschichten des Vfs. belegen diese Tatsache. — (The Brith. med. Journal, 13. Jänner 1906.)

7. Alle Autoren sind sich darüber einig, daß die Perityphlitis während der Schwangerschaft eine große Gefahr für die Mutter bedeutet (unter 42 Fällen 22 Mal exitus, also 52·3%). Füth gelangt zu der Ansicht, daß die Vorlagerung des Cökums Schuld daran trägt, das von der rechten Darmbeinschaufel bis dicht an den Leberrand gehoben wird, wobei natürlich der Proc. vermiform. nicht unbeteiligt bleiben kann. Es ist daher von diesem Gesichtspunkte aus wohl verständlich, daß vom vierten Monat, d. h. von der Zeit an, wo der gravide Uterus einen Einfluß auf die Lage des Cökums auszuüben vermag, die Zahl der Todesfälle eine erheblich höhere ist. (32 Fälle mit 19 Todesfällen, vom vierten bis neunten Monat gegen zehn Fälle mit nur drei Todesfällen im zweiten bis dritten Monat.) Von diesen 42 Fällen sind insgesamt 37 operiert worden, wovon bei vieren Frühoperationen gemacht wurden. Trotzdem ist auch von diesen nur einer durchgekommen, in welchem die Schwangerschaft ungestört verlief. Ob nicht der Eintritt der Frühgeburt nach der Operation auf die Frau ungünstig einwirkt, muß dahingestellt bleiben, ist jedoch sehr wahrscheinlich, deshalb rät der Vf. zur Verabreichung von Opiumdosen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 9, 1906.)

8. Die Appendizitis der Kinder bietet mancherlei Besonderheiten. Die Diagnose ist bisweilen besonders schwierig, und der Verlauf der Krankheit weicht oft von dem bei Erwachsenen ab. Die Prognose gewisser Formen ist wesentlich besser als bei Erwachsenen, während andere sich gerade durch besondere Bösartigkeit auszeichnen. Dowd besitzt eine große Erfahrung auf diesem Gebiete, indem er über 70 operierte Kinder im Alter von 2—15 Jahren verfügt. Davon waren 11 Frühfälle, die innerhalb der ersten zwei Tage zur Operation kamen und alle geheilt wurden. In dieser Gruppe ist besonders bemerkenswert das rasche Fortschreiten der Entzündung; in sechs von ihnen war der Appendix perforiert, in vier bestand beginnende Peritonitis. 40 Fälle kamen nach dem zweiten bis zum 22. Tage zur Laparotomie, sieben von ihnen starben. Die Fälle kamen zum Teil mit diffuser Peritonitis, zum Teil mit multiplen Abszessen ins Krankenhaus; es wurde aber grundsätzlich operiert und so manches Leben gerettet, das sonst verloren gewesen wäre. Aber gerade bei Kindern ist Frühoperation grundsätzlich indiziert, da die Propagation der Entzündung viel rascher vor

Digitized by Google

sich geht, die Abgrenzung eine viel mangelhaftere ist als bei Erwachsenen. Eine dritte Gruppe von 19 Fällen betrifft Intervalloperationen, alle mit glücklichem Ausgang. — Von einzelnen Symptomen war Schmerz in allen Fällen vorhanden, wenn auch bei kleinen Kindern oft weniger deutlich hervortretend; sehr deutlich war in fast allen Fällen eine lokale Muskelspannung am Orte der Entzündung. Stets bestand Erbrechen, Erhöhung von Pulszahl und Temperatur. Blutkörperchenzählungen wurden in elf Fällen vorgenommen; nur zwei davon hatten unter 16.000 Leukozyten, alle anderen darüber bis 52.000. Zu bemerken ist noch, daß beginnende Pneumonie bei Kindern sehr leicht mit Appendizitis verwechselt wird, ferner daß bei Kindern anders wie bei Erwachsenen Peritonitis häufig mit Diarrhöe einhergeht. — (The med. News, 23. Sept. 1905.)

9. Neben Sensibilitätsneurosen (Enteralgie) und Sekretionsneurosen (Colica mucosa) kommen nach Hawkins im Darm auch Motilitätsneurosen, spastische Zustände vor, die meist in einer der beiden Fossae iliacae ihren Sitz haben, und bei rechtsseitiger Lokalisation leicht mit Appendizitis verwechselt werden. Weniger mit schweren Fällen und starker Affektion des Peritoneums, als vielmehr mit Anfangsstadien ohne stärkere Beteiligung des Peritoneums. Es ist dabei besonders wertvoll, die Anamnese bezüglich früherer Anfälle zu kennen, die allerdings von dem Patienten meist nur mangelhaft gegeben wird. Differentialdiagnostisch wichtig ist besonders die lange Dauer der Beschwerden, ihr Kommen und Gehen, das Fehlen von Fieber, ähnliche Beschwerden in der linken Seite, der Abgang von Schleim, die fühlbare Kontraktion des Kolons. Entfernt man in solchen Fällen den Wurmfortsatz, so erlebt man oft ein unverändertes Weitergehen der Anfälle. Und doch ist die Entfernung des Wurmes nicht unbedingt als Kunstfehler zu bezeichnen. Ist die Diagnose unklar, und lebt der Patient dabei unter Lebensbedingungen, die ihm ein ruhiges Leben und ständige Ueberwachung durch den Arzt garantieren, dann mag man zuwarten; die Diagnose wird mit der Zeit klarer, und eine unnötige Operation vermieden. Sind diese Bedingungen aber nicht vorhanden, so ist die Herausnahme des Appendix immerhin das sicherere Verfahren. — (The Brith. med. Journal, 13. Jänner 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ein neuer Nasensauger. Von Dr. Karl Leuwer. Ref. Weil, Wien.

Vf. nimmt noch keine Stellung zur Anwendung der Methode, sondern gibt nur eine doppelarmige Vorrichtung (ein gegabeltes Metallrohr mit zwei kurzen Schläuchen) mit Glasoliven an, die für die Nasenlöcher bestimmt sind, so daß man an beiden Nasenhälften gleichzeitig saugen kann. Als Saugvorrichtung verwendete er zuerst einen Ballon, den er später durch eine Saugpumpe ersetzte, an die er das gegabelte Metallrohr direkt ansetzte, so daß der verbindende Gummischlauch, der bei stärkerer Luftverdünnung zusammenklappt, wegfällt; so kann man eine viel stärkere Saugwirkung erzielen. (Siehe die Bemerkungen des Ref. im Jännerhefte des Z.-Bl. f. d. g. Ther., S. 35.) Nach dem Vorschlage von Walb läßt er beim Saugen ein K ansetzen, wodurch sicherer Luftabschluß am Gaumen erzielt wird. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10 u. 13, 1906.)

Laryngoscopia subglottica. Von Prof. Dr. Gerber. Ref. Weil, Wien.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung können wir bekanntlich durchaus nicht alles vom Kehlkopf sehen, was wir gerne sehen möchten. Durch verschiedene Kunstgriffe (Aufheben der Epiglottis mittels einer Sonde, Untersuchung der Hinterwand nach Killian) können wir im einzelnen Falle manche verborgene Stelle unserem Blicke besser zugänglich machen. Aber was auf der unteren Fläche der Stimmbänder und unterhalb derselben vor sich geht, konnten wir bisher nicht sehen. Vf. ist es gelungen, in einem einschlägigen Falle die fragliche Region mittels eines eigens konstruierten kleinen

Digitized by Google

Spiegels von 10 mm Länge und 8 mm Breite zu besichtigen. Der Spiegel steht an einem in Länge und Krümmung den gebräuchlichen Larynxinstrumenten entsprechenden Stiele und ist unter einem Winkel von 135° seitlich abgebogen; man braucht also je einen Spiegel für die rechte und die linke Seite. Man führt nach vorhergegangener Kokainisierung des Larynx einen gewöhnlichen Spiegel mit der linken Hand in den Rachen und den subglottischen Spiegel mit der rechten Hand bis unterhalb der Stimmbänder. Man sieht dann in dem ersten Spiegel das von dem zweiten nach oben geworfene Bild der entsprechenden Seite der subglottischen Gegend, und zwar natürlich das Stimmband im Bilde oben, das Taschenband darunter, eventuell Teile der Epiglottis noch weiter unten. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 18, H. 2, 1906.)

Die Deviationen des Nasenseptums. Von Dr. Walter Berent, Berlin. Ref. A. Haas, München.

Die Deviationen des Nasenseptums entstehen meist durch Wachstumsanomalien. Ihr Sitz ist am häufigsten der vordere knorpelige Abschnitt der Nasenscheidewand, der gewöhnlich bei dieser Anomalie blasig vorgewölbt erscheint. Manchmal handelt es sich um zwei derartige hintereinander oder übereinander gelegene Deviationen; je nach der Richtung der Konvexität dieser Verbiegungen kann man so die verschiedensten Formen der Scheidewand zu sehen bekommen. Bisweilen springt, schon äußerlich sichtbar, der untere Abschnitt der Scheidewand leistenförmig vor; es handelt sich dann um eine Subluxation des unteren Abschnitts der Cartilago quadrangularis. Durch Leistenbildung kann bei diesen Deviationen die Nasenhöhle noch mehr verengt werden.

Nicht alle Deviationen beeinträchtigen die Nasenatmung, vielmehr nur die beträchtlicheren. Bei diesen letzteren treten dann die bekannten Symptome auf: nasale Sprache, Eingenommenheit des Kopfes, Katarrhe der oberen Luftwege und des Ohres etc.

In diesen Fällen muß man operativ eingreifen und wird heute natürlich nur die submukösen Methoden wählen. Entweder man wählt das einfachere Verfahren: Inzision auf der Höhe der Vorwölbung, Zurückschieben der Weichteile, Abtragung des vorspringenden Knorpelabschnitts mit krummer Schere, Wiederaneinanderlagerung der Weichteile. Bei ausgedehnteren Deviationen, die weiter nach hinten reichen, macht man die Killiansche Operation: Beiderseits submuköse Kokain-Adrenalininjektionen, vertikaler Schnitt auf der Konvexität, Abhebelung von Schleimhaut und Perichondrium, Durchbohrung des Knorpels mit scharfem Elevatorium und Abhebelung der Schleimhaut der Gegenseite, ohne diese zu verletzen, Einsetzen des Killianschen Spekulums und Abtragung der Deviation auf dem Knorpelmesser. Beiderseits Einführung eines Jodoformstreifens. Nach Entfernung der Streifen am 2. Tage bedarf es keiner weiteren Nachbehandlung. Mit Hilfe dieser, insbesondere der letztgenannten Methode, gelingt es mit Sicherheit, ohne quälende, langwierige Nachbehandlung die Deviationen zu beseitigen. — (Wien. klin.-ther. Wochenschr. Nr. 7, 1906.)

Ueber die Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme. Von Dr. Georg Cohn. Ref. A. Haas, München.

Cohn legt den Standpunkt der Königsberger laryngologischen Poliklinik in der Behandlung der chronischen Empyeme der Highmorshöhle dar. Er empfiehlt für die konservative Therapie der Empyeme die Behandlung vom mittleren Nasengange aus, mit Zuhilfenahme des Onodischen Dilatations-Troicarts. Die Spülungen werden am Anfang unter ganz geringem Druck vorgenommen. In Fällen, wo die Behandlung von der Nase aus nicht möglich ist, wird von der Alveole aus vorgegangen. Für die Fälle, die der chirurgischen Behandlung zugeführt werden müssen, befürwortet Vf. bei Erkrankungen der Schleimhaut breite Eröffnung der Fossa canina, Ausräumung der Kieferhöhle, Anlegung einer Gegenöffnung im mittleren Nasengang, primären Verschluß der ovalen Oeffnung. Dieses Gerbersche Verfahren hat den

Digitized by Google

Vorteil, daß die Nachbehandlung wegfällt und die Oberkieferhöhle nicht dauernd mit der Mundhöhle kommuniziert.

Bei hochgradiger Nasenstenose und bei Knochenerkrankungen geht man so vor, daß man die Fossa canina unter Bildung eines Lappens mit unterer Basis eröffnet und nach exakter Ausräumung der Höhle den Lappen auf den Boden der Höhle einschlägt. Die Nachbehandlung erfolgt vom Munde aus. Die Anwendung von Obturatoren zum Verschluß der Höhle empfiehlt Vf. nicht. — (Ther. Monatsh. Febr. 1906.)

Beitrag zur Behandlung der Ozäna mit subkutanen Paraffininjektionen. Von U. Melzi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat 23 Fälle von Ozäna mit Paraffininjektionen behandelt und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. Er benützt bei 50° schmelzendes Paraffin und schmilzt es bei 60—65°. Er gibt 1—3 cm³ in achttägigen Zwischenräumen, und läßt nach der Injektion 1—2 Tage kalte Umschläge machen. Außer starker seröser Sekretion und Oedem an der Nasenwurzel hat er nie etwas Nachteiliges erlebt. — (Gazz. degli ospedali, Mai 1905.)

Gynäkologie.

Ueber Vaginismus. Von Karl Hartmann. Ref. Fritz Loeb, München.

Die beim Vaginismus einzuschlagende Therapie richtet sich nach der Aetiologie und es bestehen daher über sie ebenso verschiedene Ansichten wie über letztere. Ist die Erkrankung das Symptom einer anderen Krankheit, so ist diese zuerst zu behandeln. Vor allem müssen etwa vorhandene entzündliche Zustände der Genitalien beseitigt werden. Es geschieht dies durch Umschläge mit lauwarmem Bleiwasser oder Lösung von essigsaurer Tonerde. In hartnäckigen Fällen bewährt sich oft sehr vorteilhaft eine energische Kauterisation des ganzen Introitus mit Argentum nitricum in Substanz. Eine etwa vorhandene Fissur muß mit dem Paquelin in Narkose beseitigt werden. An Stelle der alten Narkotika, Opium und Belladonna, als Klistier, ist Kokain getreten. Bestreichen des Introitus mit einer 4%igen Lösung soll nach einer halben Stunde die Hyperästhesie vollständig beseitigen. Auch vaginale Injektionen von

Borax	15·0
Chloral. hydrat.	3·0
Aqu. dest.	250·0

und gleichzeitiges Einnehmen von Bromkalium wurden vorgeschlagen. Die von Lomer vorgeschlagene Anwendung des galvanischen Stromes hat sich nicht allgemeine Geltung verschafft. Vollbäder, überhaupt Hydrotherapie sind indiziert bei Hysterischen. Zur methodischen Dehnung des Introitus wendet man Vaginalspekula von verschiedener Größe an, welche nach Berieselung des Scheideneinganges mit 2—10%iger Kokainlösung eingeführt werden und mehrere Minuten bis zu einer Stunde liegen bleiben. Zuweilen gelingt zunächst nur die Einführung eines gewöhnlichen Mastdarmspiegels in die kokainisierte Scheide und dann kann man erst stufenweise zu größeren Spekulis übergehen, um schließlich mit dem Spekulum vorsichtige, aber kräftige Dilatationen vorzunehmen. Huppert berichtet über sehr gute Erfolge durch Dehnung mittels des Kolpeurynters, Rezidive seien ihm nicht bekannt geworden. Winkel hält die Exzision des Hymens für die allein wirksame Behandlungsmethode. Hegar, Schauta und Fritsch halten jede blutige Operation für unnötig und empfehlen die manuelle Dilatation in Narkose. — (Diss. Bonn, 1905.)

Ueber die künstliche Blasenfüllung bei gynäkologischen Operationen, insbesondere bei Laparotomien, als Mittel zur Verhütung nachfolgender Harnverhaltung und zur Ausschaltung toter Räume im Becken. Von Dr. Kurt Frankenstein, Kiel. Ref. G. Wiener, München.

Im Jahre 1898 gab Werth zur Verhütung der nach Laparotomien auftretenden Harnverhaltung die künstliche Füllung der Blase als Schlußakt jeder Laparotomie an. Während früher 55% aller laparotomisierten Frauen länger oder kürzer an Harnverhaltung litten, kam in

Digitized by Google

der Kieler Klinik nach der Blasenfüllung nur in 9% postoperative Ischurie vor. Vor dem völligen Verschluß der Bauchhöhle wird die Blase mit Flüssigkeit von Körpertemperatur gefüllt. Früher wurde dazu steriles Wasser genommen, seit fünf Jahren steriles 2%iges Borwasser, seit 1½ Jahren steriles 0·9%iges Salzwasser, eventuell unter Beimengung von 10 bis 20 cm³ Jodoformemulsion. Die Blasenfüllung erfolgt bei horizontaler Rückenlagerung oder geringer Beckenhochlagerung, die Durchschnittsmenge der Flüssigkeit beträgt 350 – 400 cm³, in einzelnen Fällen auch bis 600 und darüber. In anderen Kliniken sind die Erfahrungen nicht so gute. Baisch z. B. will die postoperative Ischurie bekämpfen durch Injektion von 26 cm³ steriler Borglyzerinlösung (20%) am Abend des Operationstages, womit wieder in der Kieler Klinik keine besonderen Resultate erzielt wurden, da (bei allerdings nur fünfmaligen Versuchen) danach eine Vermehrung des quälenden Harndranges eintrat. — (Beitr. zur Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. X, H. 2, 1906.)

Helmitol als Prophylaktikum gegen postoperative Zystitis. Von Dr. Kurt Witthauer, Halle a. S. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat das Helmitol nach Operationen, bei deren Nachbehandlung der Katheter nicht entbehrt werden kann, prophylaktisch gegeben (dreimal tägl. 1 g). Gleichzeitig wurde an jeden Katheterismus eine Blasenspülung mit Borlösung angeschlossen. In 26 Fällen trat nur einmal eine heftige Zystitis auf, 22 Fälle verliefen ohne Störungen. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 23, 1906.)

Ueber Ventrifixation mit Angaben über einen komplizierten Fall. Von Sir William J. Sinclair M. D., Manchester. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. zitiert die Ansicht zweier Aerzte, Dr. Horrocks und Dr. Herman, welche behaupten, daß bei adhärenter Retroflexion des Uterus, wie überhaupt in allen Fällen von Adhäsionen, eine Operation „sorgfältig" als zu gefährlich zu vermeiden sei. Der Vf. ist auf Grund seiner Erfahrungen der entgegengesetzten Ansicht und schließt sich vollkommen der Meinung Hofmeiers an, welcher schreibt, daß Ohlshausen durch Einführung der Ventrifixation die Gynäkologie um eine große und wohltätige Operation bereichert habe. Ein besonders charakteristischer Fall wird zur Illustrierung dieser Behauptung angeführt. — (The british medical journal Nr. 2352, 27. Januar 1906.)

Beiträge zur Heißluftttherapie bei Beckenentzündungen. Von Ph. Jung, Greifswald. Ref. G. Wiener, München.

Es wird über 127 Beobachtungen berichtet, welche an der Greifswalder Frauenklinik durch den von Polano beschriebenen Apparat mit Gasheizung bei Beckenentzündungen gemacht wurden. Das Material wird eingeteilt: 1. in nicht operierte Fälle, a) mit palpatorisch nachweisbarem Exsudat im Beckenbindegewebe oder mit entzündlichen Adnextumoren, b) ohne tastbares Exsudat, dagegen chronische adhäsive Beckenperitonitis oder chronische Parametritis; 2. operierte Fälle, a) Exsudat oder entzündlicher Adnextumor mit klinisch nachgewiesener Eiterbildung, b) postoperative Stumpfexsudate; 3. keine tastbare Genitalveränderung (Beschwerden hysterisch-neurasthenischer Natur mit Lokalisation im Becken; 4. Tuberkulose. 7 Fälle werden ausgeschaltet, bei denen objektive Veränderungen am Genitalapparat nicht nachweisbar waren. Von den übrigen 120 Fällen wurden 25 mit negativem oder zweifelhaftem Erfolge behandelt, 88mal objektiv und subjektiv ein guter Erfolg erzielt, 7mal ist nur subjektives Wohlbefinden eingetreten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 52, 1905.)

Geburtshilfe.

Tuberkulose und Schwangerschaft. Von Dr. Lichtenstein, Neuwied. Ref. G. Wiener, München.

Die Erfahrung lehrt, daß jede Tuberkulose durch den Eintritt der Gravidität eine Verschlimmerung erfährt; die meisten Fälle, die sonst einen langsamen Verlauf zeigen, treten mit dem Beginne der

Digitized by Google

Gravidität in ein akutes Stadium, das mit dem Fortschreiten derselben an Intensität zunimmt, und enden in der übergroßen Mehrzahl unter heftigen Fiebererscheinungen und Verfall der Kräfte entweder schon vor der Geburt oder im Puerperium tödlich. Der therapeutische Standpunkt des Vfs. lautet daher: Jede tuberkulöse Frau muß vor Schwangerschaft behütet werden. Eine weitere Frage ist aber die: Soll die Gravidität unterbrochen werden oder nicht?

Es kann ein Stillstand der Erkrankung eintreten, wenn die Unterbrechung in den allerersten Monaten geschieht, nach dem dritten oder vierten Monat läßt sich die Entwicklung der Krankheit fast nie mehr aufhalten. Die Unterbrechung ist also für die Mutter unnütz. Aber auch von den Kindern, wenn sie ausgetragen werden, ist nicht viel zu erhoffen, da sie meist von der Tuberkulose dahingerafft werden. Stellen sich bei einer Gravidität beunruhigende Symptome, wie Fieber, gesteigerter Husten, ein, so muß dieselbe jedoch immerhin, solange noch ein Stillstand der Krankheit zu erwarten ist, sofort unterbrochen werden. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 11, 1906.)

Therapeutische Fortschritte bei Schwangerschaftsstörungen und Blutungen nach der Geburt. Von Prof. Dr. A. Dührßen, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Bei Behandlung des Aborts und der Fehlgeburt warnt der Vf. den praktischen Arzt vor dem Kurettement. Ein ungeübter Operateur kann sehr leicht mit der Kurette den Uterus perforieren, weshalb an Stelle der Ausräumung die Uterustamponade empfohlen wird. Dieselbe soll in folgender Weise gehandhabt werden: Scheidentamponade bei stärkerer Blutung mit geschlossenem Kollum; wird danach das Ei nicht ausgestoßen, 1—2malige 24stündige Tamponade des Utero-Vaginalkanals, eventuell gleichzeitige Laminariaeinlage. Wird der ganze Uterusinhalt auch dann nicht innerhalb 24—48 Stunden ausgestoßen, so soll manuelle Ausräumung folgen. In den Fällen, in denen die Schwangerschaft in den ersten sieben Monaten unterbrochen werden muß, z. B. bei Nephritis, Chorea, Eklampsie, unstillbarem Erbrechen, sollen die Kranken unbedingt der Klinik überwiesen werden, damit eventuell der vaginale Kaiserschnitt gemacht werden kann. Der Vf. warnt ferner davor, bei Abortblutungen zu kurettieren, wenn von anderer Seite schon vorher erfolglos kurettiet worden ist. Es können sehr leicht dadurch schon Uterusdefekte entstanden sein, die zu einer spontanen Ruptur führen können.

Bei atonischen Blutungen nach der Geburt läßt Dührssen den Uterus reiben, macht eine Ergotininjektion und heiße Scheidenspülung. Blutet es trotzdem fort, so tamponiert er sofort Uterus und Scheide. Hat man einen exzeptionellen Fall von Atonie zu behandeln, so kommt in Kliniken die Uterusexstirpation in Betracht. Auch bei Uterusruptur ist dieselbe manchmal indiziert; in der Praxis gibt die Jodoformgazetamponade ziemlich gute Erfolge. — (Die Heilkunde, H. 4, 1906.)

Eine Vereinfachung der v. Bylickischen Beckenmeßmethode. Von Johannes Faust, Kiel. Ref. G. Wiener, München.

Vf. hat, um die v. Bylickische Beckenmessung zu vereinfachen, das Instrument durch einen mit Verschraubung verstellbaren Maßstab versehen, und hat damit seit fünf Monaten an der Kieler Frauenklinik dieselben guten Resultate erzielt wie mit dem Original. Das Instrument wird von der Firma Ernst Pohl (Kiel, Hospitalstraße) hergestellt. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 22, 1906.)

Eine einfache Messung. Von C. J. Gauß. Ref. G. Wiener, München.

Nach Angabe des Vfs. hat die Firma Fischer in Freiburg folgendes Instrument hergestellt:

Dasselbe besteht aus zwei Hauptteilen: Teil I ist ein winklig abgebogener Metallstab, dessen eines Ende den Griff trägt und dessen anderes die zum Ansetzen bestimmte sattelartig vertiefte Anschwellung zeigt. Teil II ist ein dem Bylickischen Winkelhebel ähnlicher Metallstab, der vorne in ein kolbiges Ende, hinten in einen Ring ausläuft. Beide Teile können so zusammengesetzt werden, daß der

Digitized by Google

Winkelhebel in einer Führungsrinne läuft, in der er durch eine Klammer fixiert wird. Die am Ringende des Winkelhebels angebrachte Skala ermöglicht es, die Entfernung der Winkelhebelspitze von dem Lymphysenende des Griffteiles auf $^1/_8$ cm abzulesen.

Eine Reihe sehr deutlicher Zeichnungen illustriert das Instrument und dessen Handhabung. — (Münch. med. Wochenschrift Nr. 27, 1906.)

Erweitert sich das Becken infolge vorausgegangener Geburten? Von Edmund Pretsch, Dresden-Löbtau. Ref. G. Wiener, München.

Ahlfeld hat durch den Vf. in der Marburger Frauenklinik die Becken von 500 Frauen, die während der letzten 25 Jahre zwei- oder mehrmal in der Marburger Entbindungsanstalt niedergekommen sind, zusammenstellen und vergleichen lassen. Es wurde bei der Aufnahme stets die Entfernung der Sp. il. sup., der Christ. il., des Trochanter und die Conj. externa festgestellt. Es ergab sich dabei, daß die Unterschiede der Maße bei Frauen unter 20 Jahren etwas größer sind, als bei denen von 20—25, bei letzteren wieder größer, als bei denen über 25 Jahren. Ferner ergibt die Statistik, daß die Differenzen bei Erst- und Zweitgebärenden erheblicher sind, als der Unterschied zwischen Zweit- und Dritt- oder noch Mehrgebärenden. — (Inaug. Diss., Marburg 1905.)

Pelvioplastik. Von B. Credé, Dresden. Ref. G. Wiener, München.

Um eine dauernde Erweiterung des engen Beckens zu erreichen, schlägt Credé vor, nicht nur in der Gravidität, sondern auch vor derselben eine Pelvioplastik vorzunehmen durch die Implantation eines etwa 2 cm langen, aus dem horizontalen Schambeinast entnommenen Knochenstückes. Bei aseptischer Operation und antiseptischer Wundbehandlung (Einlage von 3—6 Kollargoltabletten) kann man sicher auf reaktionslose Einheilung des Knochenstückes rechnen. Die genaue Operationsmethode mögen Interessenten im Original nachsehen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 22, 1906.)

Augenheilkunde.

Einige praktische Winke über die erste Hilfe bei Augenverletzungen. Von Dr. Pfalz. Ref. Fritz Loeb, München.

Nach Pfalz kommen von den äußeren Verletzungen ohne Gewebstrennung für den Militärarzt hauptsächlich die Verbrennungen durch Explosion in Betracht, gelegentlich Kalkverbrennungen und Kontusionen. Hinsichtlich der Haut der Lider gelten allgemeine chirurgische Regeln. Pfalz rät bei allen Verbrennungen der Lidhaut keinen Millimeter der selbstständigen Vernarbung zu überlassen, sondern so früh wie möglich künstliche Epidermisüberhäutung vorzunehmen. Er geht schon am 4. oder 5. Tage nach der Verbrennung in diesem Sinne vor, indem er mit dem scharfen Löffel Schorf und nekrotisches Gewebe energisch abkratzt und dann mit der Epidermis von der Bizepsseite des Armes den Defekt deckt. Selbständige Vernarbung der Lidhaut führt stets zur Entstellung.

Die Verbrennungen am Augapfel selbst pflegen bei Explosionen, falls nicht durch mitgeschleuderte Körper Gewebstrennungen herbeigeführt sind, schwerer auszusehen, als sie sind. Zur Linderung der Schmerzen empfiehlt Pfalz eine 1%ige Salbe von Airol mit 0·1% Zusatz von Holokain, nicht Kokain, da dies mazerierend auf das Epithel wirkt.

Bei Kalkverbrennungen besteht nach Pfalz die erste Hilfe in einer Entfernung des Kalkes durch reichliche Wasserspülung (ein Verfahren, das von anderer Seite verworfen wird. Ref.). Das Zuckerwasser, das früher empfohlen wurde, sei erstens nicht überall so zur Hand wie Wasser und wirke auch durch die Bildung von ätzendem Zuckerkalk, schädlich.

Bei Kontusionen des Augapfels gilt die Warnung: Man nehme kein „blaues Auge“ leicht. Zuweilen kommen noch nach Wochen Sehstörungen durch Netzhautablösung oder es bleibt starke Sehstörung in der Mitte oder Aderhaut-Netzhautrisse bedingen Gesichts-

Digitized by Google

felddefekte. Sofortige sorgfältige Prüfung von S und Se auf beiden Augen! Im übrigen leichter Druckverband, Ruhe, Eisblase für 12 Stunden als Analgetikum, aber kein Atropin! Es wird mit der indikationslosen Einträufelung von Mydriaticis bei Augenleiden viel Unfug getrieben. Sind z. B. in dem Pupillarrand kleine Einrisse vorhanden, so wirkt Atropin gerade so, als würde man bei Verletzung der Beuger eines Armes nun den Arm in Streckstellung bandagieren, die Wunden werden noch klaffender.

Kontinuitätstrennungen am Augapfel erfordern spezialistische Hilfe. Pfalz empfiehlt bis zu deren Heranziehung einen antiseptischen Verband, bestehend aus einer mit Hydrargyrum-oxycyanatum-Lösung (1:5000) getränkten mehrfachen Gazelage, darüber Guttaperchapapier, Watte, und Monokulus oder Binokulus.

Sofortiges Eingreifen erfordert eigentlich nur der Irisvorfall mit Einklemmung von Iris. Das Sicherste ist in allen Fällen Abtragung des Prolapses, aber nicht nur der vorgefallenen Partie allein, sondern man soll die Iris fest mit der Irispinzette fassen und noch etwas anziehen und dann erst dicht an der Wunde abschneiden. Dann vermeidet man am besten Iritis, störende Verwachsungen der Iris mit der Narbe, und das zurückbleibende Kolobom ist optisch so gut wie gleichgiltig. (Deutsche Militärärztl. Zeitschr. Nr. 4, 1906).

Urologie.

Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen. Von Dr. Albert Freudenberg, Berlin. Ref. A. Haas, München.

Freudenberg wendet sich besonders gegen die prinzipiellen Gegner der Bottinischen Operation und erkennt nur eine durch die moderne Entwicklung der Prostatektomie gerechtfertigte gewisse Einschränkung der Bottinischen Operation an.

Die von ihm bei teilweise schwersten Fällen mit Bottini erzielten Erfolge sind sehr anerkennenswert. Bei 152 Operationen hat er 55·3% Heilungen, 29·6% wesentliche Besserungen, 7·9% Mißerfolge und 7·2% Todesfälle.

Zur Erzielung guter Resultate gehört bei dieser Operation große Uebung in der speziellen Technik derselben, wie auch in der gesamten intravesikalen Blasenchirurgie. Differenzielle Indikationen für Bottini und Prostatektomie werden sich kaum präzisieren lassen; man wird wie überall individualisieren müssen. Im allgemeinen aber wird der Chirurg ohne Uebung in den intravesikalen Methoden besser die Ektomie machen. Da die Bottinische Operation nur lokale Anästhesie und nur wenige Tage Krankenlager erfordert, wird sie bei sehr alten und schwachen Leuten vorzuziehen sein, ferner verdient Bottini den Vorzug bei jungen Prostatikern, da die Inzisionen die Potenz nicht gefährden, denn auch bei älteren Prostatikern mit erhaltener Potentia coeundi, weiterhin bei Fällen, in denen nur eine Barriere der Prostata das Hindernis ist, schließlich bei relativ kleiner und mittelgroßer Prostata. Die Prostatektomie tritt in ihr Recht bei sehr großer Prostata, bei kugelförmigen und gestielten Mittellappen (als partielle Ektomie); ist es nicht möglich, vor der Operation sich über Blase und Prostata genau, besonders auch zystoskopisch zu informieren, so wird man die Prostatektomie (und zwar meist suprapubisch) bevorzugen, ebenso bei komplizierenden Blasensteinen und bei bestehendem Fieber, das man nach Ektomie durch Ruhigstellung und Drainage der Blase zum Abfall bringen kann. Die besonders von Rovsing als Kontraindikation gegen radikal operatives Vorgehen ins Feld geführte Blasenatonie fällt nach Vf. wenig ins Gewicht, da sich in den allermeisten Fällen nach Beseitigung des Miktionshindernisses die Blasenmuskulatur wieder erholt; viel mehr Berücksichtigung verdient bei der Erwägung einer Radikaloperation die Größe der Beschwerden, die Beschaffenheit von Prostata, Blase und Nieren. — (Die Heilkunde Nr. 5, 1906.)

Digitized by Google

Dermatologie.

Die Rolle der Konsanguinität der Eltern in der Aetiologie einiger Dermatosen der Nachkommen. Von Dr. C. Adrian Straßburg.

Leiden, welche bei den Nachkommen blutsverwandter Eltern auftreten und als das Produkt der Inzucht aufzufassen sind, haben bisher eine nur dürftige Würdigung erfahren. Die Retinitis pigmentosa, die angeborene Taubstummheit, in gewisser Beschränkung einzelne Augenerkrankungen, amaurotische familiäre Idiotie, manche Formen von Geisteskrankheiten und Stoffwechselanomalien (Zystinurie, Alkaptonurie, Diabetes mellitus) stellen Prozesse dar, für deren Pathologie diesen Momenten eine Bedeutung beizumessen ist. Inwieweit die Blutverwandtschaft der Eltern in der Aetiologie der Hautkrankheiten eine Rolle spielt, wird durch Vfs. sorgfältige Uebersicht der Beurteilung zugänglich gemacht. Als Ausgangspunkt für die richtige Bewertung der Daten dient der von Kraus erhobene Prozentsatz der Verwandtenehen in der Bevölkerung, der 0·794 betragen soll, wonach also auf 1000 Ehen 7·94 Verwandtenehen kommen sollen. Als Krankheitsformen, für welche die Konsanguinität in Frage kommt, gelten von Hautaffektionen das Xeroderma pigmentosum, die Ichthyosis congenita, der Albinismus universalis, Ichthyosis vulgaris, Sklerodermie und Epidermolysis bullosa. Für all diese Formen hat Vf. die verwertbaren Belege zusammengetragen und können wir seiner Klage nur beistimmen, daß in den literarischen Notizen leider nur ganz vereinzelt Familienverhältnisse nach der Richtung Berücksichtigung erfahren. Für das Xeroderma ermittelt Vf. 11·8% Konsanguinität, 12% für die diffuse kongenitale Keratose. Nicht zu ermitteln ist das Zahlenverhältnis für die andern der namhaft gemachten Kategorien.

Die universelle kongenitale Leukopathie führt uns Vf. in einer instruktiven Beobachtung vor. Von drei Kindern blutsverwandter Eltern (Vetter und Cousine) waren zwei ausgesprochene Albinos; das eine litt zugleich an pes varus, das andere an einer angeborenen, einfachen Schwäche des einen Beines, das dritte, nicht albinotische, war hochgradig myopisch; sämtliche drei Kinder waren geistig vollkommen normal entwickelt. In Sizilien, wo der Albinismus bekanntlich sehr häufig ist, konnte Arcoleo 62 Albinos zählen, welche sich auf 24 Familien verteilten. In fünf von diesen 24 Familien waren die Eltern im zweiten Grade blutsverwandt, sie hatten im ganzen 45 Kinder und darunter 14 Albinos. Für die Epidermolysis bullosa scheint die Konsanguinität gegenüber der Heredität in den Hintergrund zu treten; auch hiebei hat die kollaterale Vererbung mehr Bedeutung als die direkte.

Die verderblichen Folgen der Verwandtenehen sind nach Vf. der Summierung zweier schwacher erblicher Momente zuzuschreiben. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 9, 1906.) N.

Ueber den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum. Von Dr. E. Hedinger.

Die neuerdings viel umstrittene Stellung der Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritters in der Klasse der Dermatosen sucht Vf. nach der Richtung zur Entscheidung zu bringen, daß dieser Prozeß nicht als selbständige Krankheit aufzufassen ist. Diese schon von Bloch, Ostermayer, Knöpfelmacher, Leiner u. a. aufgestellte Behauptung wird aus dem dürftigen Beleg einer Einzelbeobachtung abgeleitet. Ein bei der Geburt völlig normales Kind zeigt am 7. Lebenstage an verschiedenen Stellen schlaffe Blasenbildung, am 11. Tage Röte am ganzen Körper, Exfoliation an der Brust, ausgebreitete Hautschichten in den obersten Lagen, auf der Unterfläche verschieblich und in großen Lamellen abhebbar. Aus den interstitiellen Schichten geht der Staphyl. pyog. aur. an. Am achten Krankheitstage Exitus bei subnormaler Temperatur. Mikroskopisch sind Retewucherung, Parakeratose, Koriumödem und Hyperämie feststellbar. Ein zweites sieben Tage altes Kind aus der Praxis der glei-

Digitized by Google

chen Hebamme bietet das typische Bild eines Pemphigus neonatorum. Die ätiologische und morphologische Zusammengehörigkeit dieser beiden Beobachtungen ist wohl zweifellos, jedoch suchen wir vergeblich nach den typischen Merkmalen der Dermatitis Ritter im Falle 1. Es genügt nicht, auf histologische und bakteriologische Analogien hinzuweisen, um die Identität zweier Prozesse affirmieren zu können, die in pathogenetischer, klinischer und prognostischer Hinsicht soweit auseinandergehen, als die stets mit primärer Rötung verbundene, zu totaler Oberhautablösung (ohne Blasenbildung!) führende Ritter'sche Krankheit und der meist gutartige Blasenprozeß der Neugeborenen. Selbst die eifrigen Verfechter der Unität müssen, kennend die Schwächen ihrer Argumentation, zugeben, daß das Leiden Ritters eine durch besonders leichte Ablösbarkeit der Epidermis und Malignität charakterisierte Untergruppe des Pemphigus neonatorum darstellt. — (Arch. f. Derm., Bd. 80, H. 3.) N.

Zum Wesen der Psorospermosis Darier. Von Prof. R. Kreibich.

Zwei geweblich untersuchte Fälle führen Vf. bezüglich der Pathogenese des Prozesses zu neuen Gesichtspunkten. I. Eine 40jährige Arbeiterin mit diffusen Anzeichen des Leidens (Labien, Unterbauchgegend, Oberschenkel, sepiabraun pigmentierte Knötchen mit Hornbörkchen, konfluierende Krankheitsherde an den Brüsten) gebiert ein gesundes Kind. Zwei Wochen post partum rezente Nachschübe in Form von kleinsten erythematös - urtikariellen Knötchen. Histologisch ein ähnliches Bild wie bei neurotischer Hautgangrän, Prurigo oder Urticaria papulosa, d. h. bei angioneurotischen Prozessen mit Tendenz zu kolliquativer Blasenbildung (Nekrose und Durchtränkung mit fibrinogenreichem Serum, Gerinnung der Epithelzellen) „Corps ronds" = pathologisch verhornte, nicht geronnene Epithelzellen des tiefsten Rete. Alle Knötchen zeigen intensive Entzündungsphänomene der Kutis. An der Hand dieser Befunde faßt Vf. die Psorospermose als angioneurotische Parakeratose auf. Der zweite Fall bezieht sich auf eine 45jährige Frau, die in der Magengegend eine merkwürdigerweise äußerst spärliche und lokalisierte Aussaat der Darier-schen Knötchen darbietet und während der Beobachtung Nachschübe aufweist. Die histologischen Bilder der alten und neuen Knötchen zeigen das gleiche Verhalten wie im Falle 1. Die angioneurotische Innervationsstörung wird in diesem Falle auf Magenstörungen bezogen, welche den afferenten Reiz für die Auslösung des angioneurotischen Spätreflexes abgegeben haben sollen. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 80, H. 3.) N.

Ueber das Schicksal subkutan injizierter Substanzen, insbesondere des Paraffins. Von Dr. K. Sakurane.

In einem Falle von kosmetischer Vaselininjektion (Paraff. solidum), die an der Stirne eines an chronischem Erysipel leidenden Manne vor zwei Jahren vorgenommen wurde, zeigt sich bei Exzision einer Stirnvorwölbung folgendes histologisches Bild: Infiltration aus Epitheloid- und Riesenzellen bestehend, Rundzellen- und Plasmazellenanhäufungen, stark lichtbrechende Kügelchen, hyaline und käsige Degeneration nebst Bindegewebswucherung. Die lichtbrechenden Kügelchen werden als Residuen des einverleibten Paraffins gedeutet. Nach Eckstein werden die Paraffine von niederem Schmelzpunkt resorbiert, während die harten liegen bleiben. Moskowicz glaubt nur an eine Verschleppung der Depots.

In einem weiteren Falle (25 j. M. Σ. Hg-Thymolo-Acet.-Injektion ad nates) wurden intramuskuläre Injektionsknoten vom Gesäß exzidiert und mikroskopisch exploriert. Das Hg-Präparat war in flüssigem Paraffin suspendiert. Befund: Kernreiches, schwieliges Bindegewebe, Hohlräume, vakuolisierte Riesenzellen (Fremdkörperriesenzellen). Für die Bildung der Hohlräume nimmt Vf. die mechanische Wirkung des

Digitized by Google

Paraff. liquidum in Anspruch. Seine früher vertretene Ansicht, daß es sich hiebei um erweiterte Lymphgefäße handle, trachtet Vf. zu widerlegen. Injektionsversuche am Tier (Kaninchen, Schwein) zeigten, daß die Hauptveränderung in dem Vorhandensein organisierten Granulationsgewebes besteht, das verschieden große Hohlräume mit hanfkorngroßen Körnern umschließt. Die stärksten Phänomene waren bei kombinierten Injektionen von Hg. mit Paraff. liquidum zu verzeichnen. Die Präparate zeigten fernerhin die für die Luestherapie wichtige Tatsache, daß nach einiger Zeit das Quecksilber aus den Injektionsstellen vollständig geschwunden war. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 80, H. 3.) N.

Röntgen-Behandlung und Röntgen-Dermatitis. Von Dr. L. Freund.

An beherzigenswerten Winken ist hier ein reicher Schatz geboten; leider ist heute noch an den schweren Schädigungen zu erfahren, wie wenig die von versierten Radiologen gewiesenen Pfade seitens der polypragmatischen und daher auch selbstredend schwunghaft röntgenisierenden Industriellen der Medizin eingehalten werden. Neben der Berücksichtigung individueller Empfindlichkeit sind Kuren zu Zeiten geringer Widerstandskraft (Menstruation, Gravidität) zu vermeiden. Ueberexpositionen mögen gemieden werden. Gute Radiometer sind unerläßlich. Die Intensität der Strahlen hat nach dem von den Röntgen-Strahlen erzeugten Fluorenszenz-Licht der Vakuumröhren bemessen zu werden. Erhster noch als die heilbaren Dermatitiden seien die oft erst geraume Zeit nach der Behandlung auftretenden Atrophien und Teleangiektasien. Um diesen vorzubeugen, sei vor allem eine gründliche Kenntnis des Instrumentariums seiner Wirkung und Handhabung unerläßlich. Man verwende bei oberhalb des oberen Papillargefäßnetzes lokalisierten Dermatosen (Psoriasis, Lichen rub., Ekzem, Ulcus rod.) weiche Röhren, bei tiefer gelegenen Erkrankungen harte Röhren. Die einige Male berichtete „Fernwirkung" der Strahlen legt Vf. irrtümlich gedeuteter, falscher Röhreneinstellung zur Last. Niemals versäume man die benachbarten, nicht zu bestrahlenden Teile zu schützen. Neben den oft berichteten günstigen Erfolgen der Röntgen-Behandlung bei Psoriasis, Lichen Mycosis fung., Sarcoma cutis idiopath., Ulcus rod., Pagets Disease und Epitheliomen, weist Vf. noch besonders auf die Möglichkeit dauernder Enthaarung ohne weitere Hautbeschädigung sowohl als therapeutisches Hilfsmittel (Favus, Trichophytie) als auch zu kosmetischen Zwecken hin. Dennoch rät er, Patientinnen über die, wenn auch seltene Möglichkeit von Spätfolgen vor der Kur aufzuklären, besonder bei jungen Mädchen ein eventuelles Auftreten von Teleangiektasie bei späterer Verheiratung und Schwangerschaft in Betracht zu ziehen und wenig ausgedehnte Teile mit Elektrolyse zu behandeln. Schließlich bespricht Vf. die nach seinen Erfahrungen äußerst erfolgreiche Lupusbehandlung und die Anwendung der Röntgen-Strahlen auf dem Gebiete der Chirurgie und inneren Medizin. Dem konservativen Standpunkt des Vfs. können wir nur bestens beipflichten und möchten nur noch das dermatologische Indikationsgebiet der Röntgen-Behandlung als ein enger gefaßtes empfehlen. Psoriasis, Lichen ruber, Ekzem! sind als Prozesse hinzustellen, die bei den allgemein erzielten, ganz elenden (um nicht von den lebensbedrohenden Komplikationen und dauerndes Siechtum bedingenden Funktionsstörungen zu reden), überdies nur temporären Erfolgen ganz aus dem Heilplane des Verfahrens ausgeschaltet werden sollen. — (Wien. med. Presse, Nr. 9, 1906.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Syphilitische und hysterische Pseudo-Osteomalazie. Von H. Schlesinger. Ref. E. Deutsch, Wien.

Der Symptomenkomplex der Osteomalazie ist ein außerordentlich charakteri-

Digitized by Google

stischer, nichtsdestoweniger wird man hie und da in die Lage kommen, Kranke zu beobachten, die mehrere der wichtigsten Symptome der Osteomalazie darbieten, wobei dann erst vereinzelte Inkongruenzen im Krankheitsbilde die Möglichkeit geben, die genannte Erkrankung auszuschließen und die wahre Ursache zu eruieren.

Der erste Fall des Autors betrifft einen 41jährigen Mann, der zwölf Jahre früher Malaria und sieben Jahre vorher auch Syphilis akquiriert hatte und nun plötzlich mit ziehenden Schmerzen im linken Oberschenkel erkrankte, die anfangs bloß des Nachts, später auch am Tage sich merkbar machten, sich steigerten, so daß Patient zu Bett bleiben mußte; bald traten auch Schmerzen im rechten Bein auf, so daß bald beide Beine nicht mehr bewegt werden konnten; Druck aufs Kreuzbein wurde schmerzhaft, Schmerzen in den Schultergelenken traten hinzu, so daß bald auch die Bewegungen in den Armen wesentliche Einschränkungen erfuhren; außer den Schmerzen keine subjektiven Sensibilitätsstörungen.

Bei der Aufnahme ergibt die Untersuchung, um auch das Wesentliche hervorzuheben, Adduktorenkontraktur, abnorme Erregung des Levator ani; brüske Abduktion der Beine löst heftige Schmerzen aus, starke Empfindlichkeit bei Druck auf Femur und Humerus in der Gegend der Gelenke, ebenso bei Druck aufs Kreuzbein, die Bewegungen der Arme und Beine sind mühsam, der Gang spastisch-paretisch und sehr vorsichtig. Als Inkongruenzen gegenüber der Osteomalazie wären zu erwähnen: das einseitige Einsetzen der Krankheit, das sicherlich ungewöhnlich erscheint, die anfänglich zweifellos vorhandene Exazerbation der Schmerzen bei Nacht, das fehlende Federn der Darmbeinkämme, ferner daß das Rumpfskelett sonst auf Druck nicht empfindlich war, daß auch die langen Röhrenknochen Druckempfindlichkeit bloß in der Gelenksgegend aufwiesen; die Untersuchung per anum ergab am Kreuzbein ventralwärts eine druckempfindliche Vorwölbung. Den sichersten Beweis aber brachten die Erfolge der eingeleiteten antiluetischen Kur; schon nach wenigen Tagen trat eine derart günstige Wendung im Zustande des Kranken ein, daß er bereits mit Unterstützung gehen konnte, in wenigen Wochen waren sämtliche Erscheinungen zurückgegangen.

Auch die Hysterie kann zuweilen den Symptomenkomplex der Osteomalazie nachahmen, schwierig wird sich die Entscheidung dann gestalten, wenn tatsächlich beide Krankheiten vereinigt sind; sonst bringt im wesentlichen der Umstand Aufklärung, daß trotz typischer Osteomalaziesymptome die Funktionsbehinderung und die Schmerzen in ganz kurzen Zeiträumen einem jähen Wechsel unterliegen. Ein hieher gehöriger Fall wird des näheren ausgeführt. — Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 1, 1906.)

Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen, Gemeinschaftlich mit Dr. Siebert und Dr. Schucht in Breslau ausgeführt von A. Neisser. Ref. E. Deutsch, Wien.

A. Versuche über tertiäre Syphilis. Daß auch durch die Produkte der tertiären Lues die Uebertragung der Syphilis auf Versuchstiere möglich sei, ist durch die positiven Resultate sichergestellt, die von Finger-Landsteiner und gleichzeitig auch von Neisser erzielt wurden. Hier liegt der Bericht über fünf positive (darunter der Fall Finger-Landsteiner) und zwölf negative Impfungen vor. Die Uebersicht über dieses Material ergibt, daß frische, noch nicht durch Nekrose oder Vereiterung zerstörte, syphilitische Neubildungen, auch wenn sie als sogenannte tertiäre Formen auftreten, Parasiten enthalten, die, auf Affen überimpft, typische Primäraffekte erzeugen. Es ist dabei ganz gleichgiltig, ob diese tertiären Formen in verhältnismäßig früher oder erst sehr später Zeit nach der Infektion auftreten. Ist bereits eine spezifisch gummöse Degeneration der Gewebe oder eine Vereiterung eingetreten, so gelingt die Impfung nicht mehr.

Sicher aber enthält das Material verhältnismäßig wenig lebendes Virus, da dasselbe Material das eine Mal positiven, das andere Mal negativen Ausfall gibt.

Digitized by Google

Für die Praxis ergibt sich naturgemäß die — in den letzten Jahren bereits vielfach angenommene — Kontagiosität tertiärer Erscheinungen, es fällt also jeder prinzipielle Gegensatz zwischen sekundären und tertiären Formen aus, dagegen bleiben noch, wie vor, große graduelle Differenzen vorhanden. Es ist dabei keineswegs unwichtig — und wir wollen bloß das eine hervorheben — daß gerade die zerfallenden Herde zur Impfung nicht geeignet erscheinen, da es hauptsächlich geschlossene, mit unversehrter Haut bedeckte Herde waren, von welchen die Impfung gelang. Es kommt also den vereiterten Herden ein noch geringerer Grad von Ansteckungsgefährlichkeit zu; immerhin aber ist auch diese Möglichkeit im Auge zu behalten, und ein solcher Geschwürsprozeß durch energische Lokalbehandlung und Jodzufuhr schnell zum Abschluß zu bringen. Da aber Parasiten sicherlich vorhanden sind und die Möglichkeit naheliegt, daß sich auch noch an anderen Stellen (als dem klinisch konstatierbaren Gumma) solches Parasitenmaterial vorfindet, bezw. zum Vorschein kommt, so muß dem vorgebeugt werden. Da weiters das syphilitische Virus in spezifischer Weise durch Quecksilber beeinflußt wird, so folgt daraus für die Schule Neisser, daß jeder Patient mit tertiären Symptomen auch einer gründlichen merkuriellen Behandlung unterworfen werden muß, und zwar nicht nur einmal, sondern wenigstens noch ein zweites Mal, um Rezidiven vorzubeugen. Es ist daher ein feststehendes Prinzip, auch im tertiären Stadium jeden Syphiliskranken mehreren intermittierenden Quecksilberkuren zu unterwerfen. Wird eine solche Kur bloß prophylaktisch, d. h. ohne daß neuerdings tertiäre Erscheinungen vorhanden sind, vorgenommen, so ist sie mit energischen Bade- und Schwitzkuren zu kombinieren, weil so latente Parasiten gleichsam in die Zirkulation gebracht und der Quecksilberwirkung zugänglich gemacht werden können. Bei wirklich vorhandenen tertiären Produkten hat aber die Jodbehandlung vor den Bädern den Vorzug.

B. Versuche über hereditäre Syphilis. Ein Kind, das scheinbar gesund geboren wird, zeigt ungefähr drei Wochen nach der Geburt ein papulöses Exanthem und stirbt in der Mitte der vierten Lebenswoche. Wenige Stunden nach dem Tode findet die Sektion statt, die makroskopisch bloß Vergrößerung der Milz ergibt.

Es werden Impfungen an Affen vorgenommen aus dem Knochenmark, aus dem Hoden, aus der Lunge, aus der Nebenniere, aus der Niere, aus der Leber und aus der Milz. Keine einzige von diesen Impfungen schlug fehl, alle hatten positiven Erfolg.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein ungefähr zwei Monate altes Kind mit makulo-papulösem Exanthem, sehr starker Sekretion aus der Nase und Schnüffeln. Das Nasensekret als Impfmaterial benützt, ergibt positives Resultat.

Der dritte Fall betrifft ein frühgeborenes Kind, das im Alter von fünf Wochen an hochgradiger Atrophie stirbt. Das aus dem Herzen gewonnene Blut sowie das Ovarium werden etwa 4—5 Stunden nach dem Tode des Kindes verimpft, beide Impfungen verlaufen positv.

Daraus ergibt sich, daß wir es bei der kongenitalen Syphilis mit einer auf dem Blutwege sich vollziehenden und fast alle Organe durchsetzenden, parasitären Durchseuchung zu tun haben; die gelungene Impfung mit Nasenschleim aber weist wieder auf die Möglichkeit hin, wie leicht der Nasenschleim den Ausgangspunkt für eine zufällige, extragenitale Infektion abgeben könnte. Was von den Autoren gar nicht betont wird, ist die immerhin bemerkenswerte Tatsache der gelungenen Impfungen stundenlang nach dem Tode des erkrankten Individuums. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1906.)

Digitized by Google

Kinderheilkunde.

Tuberkulose.

1. **Der Kochsche Bazillus in den Stühlen der Kinder; seine diagnostische Bedeutung.** Von Couched und Lepage. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Zur Kenntnis der Säuglingstuberkulose.** Von Edgar Goldschmid. (Aus dem pathologischen Institut und dem Säuglingsheim der Stadt München.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Behandlung der Skrofulose mit intramuskulären Injektionen von Meerwasser.** Von L. Pernossi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ueber die Anwendung der Tuberkulinpräparate, speziell über den diagnostischen Wert des alten Tuberkulins bei Urogenitaltuberkulose.** Von Privatdozent Dr. Richard Birnbaum, Göttingen. Ref. G. Wiener, München.

1. Couched und Lepage fanden Tuberkelbazillen in den Stühlen von Kindern mit fortgeschrittener Lungentuberkulose, außerdem viermal in 6 Fällen, bei denen Verdacht auf Lungertuberkulose bestand, und in 2 Fällen von tuberkulöser Peritonitis. In keinem dieser Fälle waren enteritische Symptome vorhanden. Die nach der Straßburgerschen Methode ganz leicht auszuführende Untersuchung der Fäzes auf Tuberkelbazillen sollte bei Kindern, die ja gewöhnlich ihren Auswurf verschlucken, häufiger vorgenommen werden. — (Rev. mens. des malad. de l'enfance, Dez. 1905.)

2. Die hereditäre Uebertragung der Tuberkulose ist möglich, sicher bewiesen ist aber nur die Vererbung durch plazentare Infektion. In weitaus der Mehrzahl der Fälle hat eine direkte Uebertragung der Tuberkulose von Mensch zu Mensch stattgefunden. Es überwiegt also die Infektion durch „Inhalation". Die tuberkulöse Infektion kann eine Zeitlang (bis zu mehreren Monaten) latent bleiben. Primär affiziert ist in der Mehrzahl der Fälle der Respirationstrakt, und zwar findet sich der Primäraffekt nach Küß stets in der Lunge, nach Harbitz fast stets in den Lymphdrüsen. Die Angaben über die Häufigkeit der primären Intestinaltuberkulose schwanken. Küß findet primäre Infektion des Darmtraktes als große Seltenheit, Harbitz findet sie halb so oft wie die des Respirationstraktes. Uebertragung der Perlsucht durch die Milch ist bisher nur in ganz vereinzelten Fällen als wahrscheinlich nachgewiesen. Jedenfalls steht sie an Bedeutung weit hinter der Infektion durch menschliche Tuberkulose zurück. Die einzig wirksame Therapie der Säuglingstuberkulose ist eine sorgfältige Prophylaxe. — (Diss. München. 1905.)

3. Die Behandlung verschiedener Affektionen mit Meerwasser spielt in den letzten Jahren in Italien nach dem Vorgang von Pagano und ganz besonders in Frankreich nach dem Vorgang von Quinton eine Rolle; waren es in erster Reihe Tuberkulöse und Skrofulöse, bei denen man günstige Erfolge sah, so hat man die Kur in einer ganzen Reihe von anderen Erkrankungen, bei denen eine Schwächung des Organismus eine Rolle spielt, in Anwendung gebracht. Im Anfang machte man endovenöse, dann subkutane Injektionen; von großen Flüssigkeitsmengen ist man abgekommen und injiziert jetzt nur noch täglich oder einen über den andern Tag 5 — 30 cm^3. Das Wasser wird sterilisiert, injiziert, und zwar verwendet man nach Pagano die fraktionierte Sterilisierung, um eine Alteration der Zusammensetzung möglichst zu vermeiden. Dem Wasser wird vor der Injektion eine Spur Jod zugesetzt.

Pernossi verwendete Injektionen von Meerwasser bei einer Reihe von Skrofulösen (8), außerdem noch bei tuberkulösen Individuen. Das Wasser wurde einige Kilometer von der Küste weg geholt und an drei aufeinanderfolgenden Tagen eine Stunde lang auf 81 — 84° erhitzt. Injiziert wurden, dem Alter der Patienten entsprechend, jedesmal 5 — 20 cm^3, einen über den andern Tag, nicht subkutan, sondern intramuskulär, was weniger schmerzhaft ist. Ueber die 8 Fälle von Skrofulose erstattet Vf. genauen Bericht, aus dem zu ersehen ist, daß es sich teilweise um recht beträchtliche Drüsentumoren und Drüsenvereiterungen handelte. Die Erfolge waren im allgemeinen befriedigend, ein Einfluß der Kur auf das Drüsensystem ist unverkennbar. War die Besserung in manchen Fällen nur gering, so war sie desto ausge-

Digitized by Google

sprochener in andern, wo mächtige Drüsenpakete im Laufe der Behandlung fast verschwanden. Ein Nachteil der Kur ist ihre lange Dauer, die sich über Monate erstreckt; es ist daher ganz zweckmäßig, sie in zwei Teile zu teilen. Der Erfolg der Kur ist natürlich um so größer, wenn noch andere Heilfaktoren und vor allem, wenn günstige hygienische Bedingungen mithelfen. — (Riv. crit. di Clin. Med. Nr. 14 u. 15, 1906.)

4. Birnbaum hat 17 Fälle an der Göttinger Klinik mit Alttuberkulin behandelt. Das Mittel ist bei der Diagnose der Urogenitaltuberkulose von großem Nutzen gewesen. In 2 Fällen war auch die therapeutische Wirksamkeit außer Zweifel. Ueber das neue Tuberkulin stehen noch so wenig Erfahrungen zu Gebote, daß ein Urteil darüber noch nicht abgeschlossen werden kann. Irgend welche üble Folgezustände nach der Injektion von Tuberkulin wurden nie beobachtet. Der Vf. will mit seiner Arbeit den Anstoß geben für die weitere diagnostische Anwendung des mit Unrecht in der Gynäkologie fast ganz verlassenen Koch'schen Mittels. — (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10, H. 3, 1906.)

Ueber die Verwendung des „Fortossan" im Säuglingsalter. Von A. Klautsch, Halle a. S. Ref. Einstein, Stuttgart.

Fortossan ist ein für die Säuglingspraxis hergestelltes, mit Milchzucker vermengtes, neutrales, lösliches Salz der Phytinsäure. Das Phytin wurde von Posternak aus den verschiedensten Vegetabilien als organische Phosphorverbindung hergestellt, die 70—90% des gesamten, in diesen Pflanzen enthaltenen Phosphors enthält. Die diesem Präparat nachgerühmte anregende Wirkung auf den Stoffwechsel, die derjenigen des mineralischen Phosphors gleichkommt — jedoch ohne dessen störende Nebenwirkungen — fand Klautsch bei Versuchen an einer kleinen Reihe von Säuglingen bestätigt. Die Kinder zeigten eine bedeutend gesteigerte Eßlust und nahmen rasch zu. Mehrere Säuglinge, die zu leichten krampfhaften Anfällen geneigt waren, verloren dieselben. Die Indikationen für dieses, stets als vollkommen unschädlich befundene Mittel, sind demnach: zu langsame Entwicklung und unbefriedigende Gewichtszunahme, Anzeichen von Rhachitis und spasmophile Diathese. Die Dosis betrug 1—3 Tabletten täglich, die im Mörser verrieben und der Milch zugesetzt wurden. — (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 42, H. 5 u. 6.)

Ueber Knochenbrüche bei Rhachitis. Von Mery. Ref. Perutz, München.

Spontane oder durch ganz leichte Traumen hervorgerufene Frakturen finden sich oft bei ausgesprochener Rhachitis im frühesten Alter, meist handelt es sich um subperiostale Brüche. Bei der Behandlung ist der Hauptwert auf eine Regelung der Ernährung zu legen; man wird ausschließliche Milchkost meiden und nach dem ersten Lebensjahr Mehl, Fleischsaft etc. verordnen. Die Kalksalze haben an Bedeutung verloren, seitdem man weiß, daß sie unverändert ausgeschieden werden. Zweckmäßiger ist die Verordnung von organischen Kalkverbindungen wie sie sich im Hafer finden, oder man läßt von Knochenmehl 0·25 g täglich der Nahrung zusetzen. — (Journ. des. Prat., 1906.)

Beiträge zur Kenntnis der Vakzinekörperchen. Von Karl Süpfle.

Vf. gibt eine sorgfältige Zusammenstellung der gesamten einschlägigen Literatur, welche kritisch besprochen wird. Auf Grund der Darstellung der Literatur und der Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen präzisiert er den jetzigen Stand der Vakzinekörperchenfrage folgendermaßen: 1. Die in Lymphe, Blut und Organen Pockenkranker und Vakzinierter bisher als Erreger beschriebenen freien Körperchen seien keine körperfremden belebten Parasiten, sondern Gewebszellen, bezw. Degenerationsprodukte von Gewebszellen des erkrankten Organismus. 2. Ebenso können die in Epithelzellen der geimpften Haut und Hornhaut auftretenden Zelleinschlüsse nicht als Parasiten und Erreger angesehen werden, sondern seien Degenerationsprodukte, allerdings Degenerationsprodukte, die eine typische

Digitized by Google

Reaktion auf das Virus der Vakzine darstellen. Welcher Art diese Degeneration sei, müsse eine offene Frage bleiben. Aus dem tinktoriellen Verhalten und der Lagerung der Zelleinschlüsse hält Vf. es für wahrscheinlich, daß die zyanophile Masse des Vakzinekörperchens sich vom Zellkern ableitet, während die erythrophile Randschicht derselben aus dem Protoplasma entsteht.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Asthmamittel.

Asthmaspezialitäten:

G. Arends gibt in seinem im Springerschen Verlag in Berlin (1905) erschienenen Werk: „Neue Arzneimittel und Spezialitäten" eine gute Zusammenstellung von Asthmaspezialitäten.

Neumeiers Asthmapulver enthält nach Angabe des Fabrikanten: Stramonium, Lobelia, Herb. und Rad. Brachycladus, Jodkalium, Natr. nitrosum, Saccharum, Kali nitr. und wird hergestellt von Apotheker Neumeier in Frankfurt a. M.

Reichenhaller Asthmapulver von Apotheker Alb. Schmid besteht nach dessen Angabe aus Grindelia robusta, Eukalyptus, Strammon. recens, Kali nitric. und Benzoe mit Ausschluß von Narkoticis.

Asthmapulver nach Martindale: Kal. nitric., Herb. Lobeliae, Fol. Strammon., Teae nigr. āā 240·0. Man löst das Kaliumnitrat in 240 Teilen kochendem Wasser, fügt dann die übrigen Ingredienzien in Pulverform zu, vermischt das ganze, trocknet und setzt 1 Teil Ol. Anisi hinzu, oder man mischt die Pulver direkt und verwendet statt Ol. Anisi Fruct. Anisi und Fruct. Foeniculi āā 30·0.

Asthmapulver nach Clery besteht aus: Opium pulv. 3·0, Fol. Strammon. pulv., Fol. Belladonn. pulv. āā 45·0. und 20 g einer 35%igen wässerigen Lösung von Kal. nitric.

Harald Hayes Asthmamittel: Der Patient erhält sieben verschiedene, mit Nummern bezeichnete Arzneien für ein recht ansehnliches Honorar. Nach Dr. Schweissinger (Dresden) sind dieselben etwa folgendermaßen zusammengesetzt: 1. T. 1. Q. vor der Mahlzeit zu nehmen. Jodkaliummixtur, mit Pomeranzentinktur und Birnenäther aromatisiert. — 2. T. 2. Q. nach der Mahlzeit zu nehmen. Eisentropfen. Lösung von Kaliumeisentartrat mit wenig Bitterstoff. — 3. 769 A. C. Mixtur aus Jodkali, Jodnatr. und Jodammon., schwach rosa gefärbt. — 4. Nr. 808. Kleine Kapseln mit Chinchonin. — 5. Nr. 781. Hustenmixtur. Sirupdicke Terpentinölemulsion mit Ol. Menth. pip. — 6. Nr. 739. Nach Angabe des Prospektes Thapsiapflaster. — 7. Nr. 763. Kleine überzuckerte Abführpillen.

Asthmamittel von Dr. Daams ist eine Lösung von Jodkalium in aromatischem Wein.

Himrods Asthma-Cure. Englische Vorschrift; nach Lorenzen: Kal. nitric. Fol. Lobeliae āā 100·0, Fol. Strammon. 200·0, Aqu. dest. 100·0.

Asthmapulver von Boom ist ein Gemisch von Strammoniumblättern und Salpeter.

Schiffmanns Asthmapulver soll bestehen aus 34·9% Kaliumnitrat, 51·1% Fol. Daturae arboreae und 14% Rad. Symplocarpi foetidi.

Asthmazigaretten von Grimault & Cie. in Paris enthalten nach einem Gutachten der Hamburger Sanitätsbehörden im wesentlichen Fol. Belladonnae (!).

Asthmatabletten von Apotheker Helbing (Sachsenhausen) bestehen aus Fol. Strammon. und einer Salpeterpapierhülle.

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

Asthmawasser von H. Burmeister in Lübeck ist eine trübe, schwach gelbliche Flüssigkeit mit starkem, weißem, kristallinischen Bodensatz. Dieser bestand aus technischem Kochsalz.

Tuckers Asthmamittel. Nach Bertram enthält dasselbe in einer wässerigen, mit etwas Glyzerin versetzten Flüssigkeit Atropinsulfat (1 : 100) und Natriumnitrit (4 : 100), zu denen ein Pflanzenextrakt (0·52%) tritt, dessen nähere Bestimmung nicht gelang, welches aber dem Mittel nur zugesetzt zu sein scheint, um die obigen wesentlichen Bestandteile desselben zu verdecken. Da das Originalpräparat in der Hand von Laien nicht ungefährlich und dabei sehr teuer ist, schlägt Bertram vor, zu verschreiben:

Rp.	Atropin. sulfur.	0·15
	Natr. nitros.	0·6
	Glycerin.	2·0
	Aq. dest.	ad 15·0

M. D. in vitro fusco.

S. In dem Tuckerschen Apparat (wird von der Firma Borroughs, W. und Cie. in London um 6 Mark geliefert) drei Minuten lang zu zerstäuben und einzuatmen.

Asthmatol (von Dr. Aschoff, Kreuznach) ist ein alkoholfreies Fluidextrakt, das die wirksamen Bestandteile (0·5%) von Erythroxylon Coca und verschiedenen Solaneen (Belladonna, Datura) enthält und mittels eines besonderen Apparates in die Nase eingestäubt wird.

Weitere Asthmaspezialitäten und Mittel sind:

Fothergills Asthmamixtur. Zusammensetzung: Ammon. jodat. 2·0, Ammon. bromat. 3·0, Tinct. Lobeliae 80·0, Sir. Bals. Tolutani 48·0.

Fischers Asthmapulver. Zusammensetzung: Fol. Strammonii 250·0, Fol. Millefolii 50·0, Kal. nitric. 50·0.

Asthmolpulver. Zusammensetzung: Fol. Strammon. 40·0, Herb. Grindeliae robust. 10·0, Bolet. Laricis 10·0, Menthol. 3·0, Kal. nitric., Natr. nitric. āā 10·0.

Exibards abyssinisches Heilmittel gegen Asthma besteht aus: Kal. nitric. 60, Strammonium 5, Herba Belladonnae 5, Lobelia 5, Digitalis 5, Wasserfenchel 5, Balsamodendron Opobalsamum 10, Boswellia Carteri 5. — (Riedels Ber. 1906.)

Medullin. Zusammensetzung: Ol. Jecoris aselli 500, Mel. dep. 250, Peru-Kognak 62, Extrakt aus den Blättern der schwarzen Johannisbeere 70, Extr. baccar. Juniperi 50, Succus Citri 18. Anwendung: Gegen Asthma und Lungenleiden. — (Riedels Ber.)

Fumigatio antiasthmatica Vorländer setzt sich zusammen aus: Fol. Strammon. 5, Herb. Lobeliae 8, Flor. Arnicae 8, Natr. nitric. 3, Kal. jodat. 0·3, Naphthol. 110. — (Riedels Ber. 1906.)

Guttae antasthmaticae Bamberger sind zusammengesetzt aus Tinct. Lobeliae, Tinct. Digitalis, Aqu. Laurocer. āā 10·0.

Stovain als Lokalanästhetikum in der kleinen Chirurgie.

H. Port berichtet in der Med. Klinik Nr. 15, 1906 über seine Erfahrungen mit Stovain als Lokalanästhetikum in der kleinen Chirurgie. Das Mittel wurde im Jahre 1904 zur Lumbalanästhesie empfohlen. Es zeigte dieselben schmerzstillenden Eigenschaften wie Kokain, war anscheinend nicht so giftig und verursachte nicht so unangenehme Nebenerscheinungen wie Kokain in Verbindung mit Adrenalin oder Suprarenin oder Paranephrin. Da Stovain sehr beständig ist — es läßt sich sterilisieren — da es ferner leicht in Wasser löslich ist, muß es den Vorzug vor Kokain verdienen, wenn es ebenso stark anästhesierend wirkt und dabei nicht so giftig ist wie jenes. Diese Eigenschaften scheint es in der Tat zu besitzen. Nach Reclus, der es zuerst in der allgemeinen Chirurgie anwandte, haben Kokain und Stovain dieselbe anästhesierende Kraft. Ohne jede Befürchtung spritzt R. mehr Stovain ein, als er vom Kokain eingespritzt hatte und wagt Operationen, die er früher nicht gemacht haben würde. Auch in Deutschland ist Stovain außer zur Lumbalinjektion zur lokalen Anästhesie mit gutem Erfolg gebraucht worden.

Stovain ist salzsaures Dimethylaminobenzolyldimethyläthylkarbinol. Es ist mit

Digitized by Google

Kokain und Eukain verwandt. In den Handel kommen sterilisierte Lösungen

in Ampullen	zu	10 cm³	½%	Lösungen
„	„	„ 2	„	1%	„
„	„	„ 5	„	1%	„
„	„	„ 1	„	10%	„

Seine Vorzüge vor dem Kokain sollen vor allem darin bestehen, daß es ½—⅓ so giftig ist als Kokain, daß es ferner nicht die bedrohlichen Erscheinungen von Gehirnanämie macht und daß es tonisierende Wirkung auf das Herz ausübt. Vf. zeigt an einer Reihe von Fällen den Wert des Mittels in der kleinen Chirurgie. Auch hat er 1%ige Stovainlösungen bei Zahnextraktionen angewandt. Hier trat nicht überall Anästhesie ein; die Schmerzlosigkeit war fast vollkommen in den oberen Zähnen, weniger gut unten, insbesondere in den unteren Backenzähnen, wo es sehr schwer ist, das Mittel zu injizieren. Die unvollkommene Anästhesie bei Zahnextraktionen führt Vf. mehr auf die Schwierigkeit der Technik zurück.

Hopogan und Ektogan.

Hopogan und Ektogan leiten sich chemisch vom Wasserstoffsuperoxyd (Hydrogenium peroxydatum) ab. Sie unterscheiden sich von diesen durch ihre bequeme feste Form, ihre Haltbarkeit und Reizlosigkeit sowie durch höheren Sauerstoffgehalt.

Die Vorzüge des Hopogans liegen in seiner Ungiftigkeit und Reizlosigkeit. Es ist ein Magen- und Darmantiseptikum, überhaupt bei allen Krankheitserscheinungen, welche auf abnormen Gärungen, Fermentationen, bakteriellen Zersetzungsprozessen etc. beruhen, von guter Wirkung. Indikationen: Magen- und Darmkatarrhe, ruhrartige Affektionen, Meteorismus, Diarrhöen, ferner als unterstützendes Mittel bei Stoffwechselkrankheiten, Anämie, Chlorose etc. In letzteren Fällen wirkt Hopogan allgemein entgiftend, indem Eiweißzersetzungsprodukte, wie Schwefelwasserstoff, Indolderivate etc. oxydiert und so verhindert werden, ins Blut zu gelangen. Wegen seiner Unschädlichkeit ist Hopogan besonders für die Kinderpraxis geeignet zur wirksamen Bekämpfung der Dyspepsia acida, Darmgärungen, Sommerdiarrhöen etc. Will man hauptsächlich auf den Magen wirken, so ist Hopoganpulver geeignet. Wegen ihrer etwas schweren Löslichkeit wirken Hopogantabletten sowohl auf den Magen wie im Darm. Ist dagegen spezifische Darmwirkung erforderlich, so wende man die gehärteten Hopogangelatineperlen, die sich nur im Darme lösen, an. Die Dosierung ist individuell sehr verschieden. Die Einzelgabe schwankt beim Erwachsenen: Pulver: zwischen 1 und 5 g, Tabletten: zwischen 2 und 6 Stück, Gelatineperlen: zwischen 2 und 10 Stück. Solche Dosen können mehrmals täglich gereicht werden.

Besondere Vorzüge des Ektogans gegenüber anderen Wundantisepticis, wie Jodoform, Airol, Dermatol etc. sind Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit und Farblosigkeit. Ektogan kann deshalb bei Operationen an inneren Organen unbedenklich verwendet werden, selbst in solchen Fällen, wo die Verwendung anderer Wundantiseptika wegen Intoxikationsgefahr ausgeschlossen ist. Hervorzuheben ist auch die hämostatische Wirkung des Ektogans, welche ohne jede Reizwirkung erfolgt. Für diese Zwecke empfiehlt es sich, um eine kräftige styptische Wirkung zu erreichen, das Ektogan zu gleichen Teilen mit Gallussäure oder Salizylsäure zu mischen. Indikationen: Frische Wunden sowie alle Arten von eiternden und infizierten Wunden, Verbrennungen, vaginale Affektionen und Uteruskarzinom (Tamponieren mit Ektogangaze), Ekzema, Dermatitis, gewisse Flechten (Ektogansalbe und Ektoganseife), Ulcus molle und besonders Ulcus cruris. Für die Kinderpraxis ist das Ektogan-Wundpulver zu empfehlen, eine Mischung von Ektogan, Amylum und Rhizoma Iridis.

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Acidum anisicum bildet farblose, in Wasser schwer lösliche Kristalle und findet äußerlich als Wundantiseptikum, innerlich in Dosen von 0·3—1·0 g als Antirheumatikum, Antipyretikum und Analgetikum Anwendung.

Digitized by Google

Acidum gynocardicum, Gynocardiasäure, Chaulmoograsäure, $C_{14}H_{24}O_2$ ist ein fettartiger Stoff, der aus dem Samenöl der Gynocardia odorata gewonnen wird. Findet in der Therapie Verwendung bei Lepra, Syphilis, Tuberkulose und Rheumatismus; innerlich in Dosen von 0·03—0·02 (Merck). Man verordnet am zweckmäßigsten die Säure in Gelatinekapseln. Aeußerlich als 5—10%iges Oelliniment. Maximaldosis 1·0 g. Vorsichtig aufzubewahren.

Adonitinum ist ein amorphes, hygroskopisches, wasserlösliches, braunes Glykosid aus dem Kraut von Adonis vernalis. Herzstimulans und mildes Diuretikum, auch bei Nikotinvergiftung und chronischer Nephritis empfohlen. Dosis: 0·002—0·005—0·01 g viermal täglich; subkutan in 5%iger Lösung. Digitalisersatzmittel. Maximaldosis: 0·03 g pro dosi, 0·1 g gro die. Für gwöhnlich genügen kleine Dosen, z. B. ein Infusum von 3—4 g auf 200 g Wasser, wovon alle zwei Stunden ein Eßlöffel voll gereicht wird.

Akaralgia ist ein Brausesalz, von dem jeder Teelöffelvoll enthält: Natriumsulfat 30, natürliches, aus dem Wintergrünöl hergestelltes Natriumsalizylat 10, Magnesiumsulfat 50, Lithiumbenzoat 5 g und Tinctur. Nuc. vomic. 6 minims. Wird gegen Migräne und als Darmantiseptikum empfohlen. — (Riedels Ber. 1906.)

Alberts Remedy ist nach Arends ein Mittel gegen Gicht und Rheumatismus. Die tiefbraune Lösung enthält: Extrakt 29·47, Jodkalium 7·86, essigsaures Kali 14·64, Alkohol 10·29, Gewichtsprozent. In dem Extrakt wurden die Opiumalkaloide und Kolchizin nachgewiesen. Das Mittel scheint nicht konstant zusammengesetzt zu sein.

Rheusinal ist ein Gicht- und Rheumatismusmittel, welches nach Angabe des Fabrikanten (Dr. Hirschberg, Berlin W.) aus 6·4% Chlor-Jodfettsäure in alkoholischer Lösung, 0·5% Senföl und 14% Salizylsäure besteht. Es wird äußerlich angewendet.

Alformin ist eine konzentrierte Lösung von basisch-ameisensaurer Tonerde (etwa 16%), die geruchlos und sehr haltbar ist. Ihre Wirkung ist zwei- bis dreimal größer als die der essigsauren Tonerdelösung. Zu Umschlägen wird Alformin mit 8—10 Teilen Wasser verdünnt. Zum Gurgeln und als Mundwasser genügen 5—10 Tropfen auf ein Glas Wasser. (Fabrik: M. Elb, Dresden.) — (Pharm. Ztg., Nr. 9, 1906.)

Antiskrophulin ist ein Kalium sulfuguajacolicum, Kalium jodatum und Hämoglobin enthaltendes Präparat, welches laut Riedels Bericht (1906) Anwendung findet als Prophylaktikum wie als Heilmittel gegen Tuberkulose.

Benzoylsuperoxyd. Eigenschaften: Beständige, bei 103·5° schmelzende, in Wasser nur wenig, in Alkohol leichter lösliche Kristalle. Mit Olivenöl läßt sich leicht eine 2—3%ige Lösung herstellen. Anwendung: als lokales Antiseptikum bei Beingeschwüren, Brandwunden, infizierten Wunden, Hautleiden etc. in Pulverform, in Lösung, in Olivenöl und als Salbe, z. B.

Benzoylsuperoxyd	3·0
Lanolin. } Vaselin. }	āā 15·0

— (Riedels Ber.)

Calomelol-Opiumtabletten enthalten je 0·01 g Kalomel und 0·006 g Opium und werden gegen Syphilis angewandt.

Cidrase ist Apfelweinhefe in Dauerform und stellt ein grobes, bräunliches, nach Aepfeln riechendes Pulver vor, welches bei Rheumatismus, Gicht, Tuberkulose, Anorexie etc. mehrmals täglich in Dosen von 0·5 g, auch in Tablettenform, Anwendung findet.

Collaurin ist kolloidales Gold und wird innerlich in Dosen von 0·03—0·06 g bei Krebs, Skrofulose und Syphilis gegeben. Die wässerige Lösung ist rubinrot gefärbt und wird durch Säuren blau, wobei das Gold ausgeschieden wird.

Corynanthintabletten sind aus der Rinde von Corynanthe Johimbe K. Schum. hergestellt und dienen als Aphrodisiakum.

Cupridol soll eine 1%ige Lösung von Quecksilberjodid in Oel sein und bei Syphilis subkutan Verwendung finden.

Digitized by Google

Dentalone ist eine gesättigte Lösung von Chloreton in einem flüssigen Gemisch von Nelkenöl, Gaultheriaöl und Kassiaöl. Dient zum Abtöten von Nerven kariöser Zähne.

Dispnontabletten bestehen aus je 0·25 g Diuretin, 0·1 g Agurin, 0·1 g Extr. Quebracho. Sie werden gegen Asthma empfohlen. (Eine sehr günstige Einwirkung haben diese Tabletten oft bei hydropischen Zuständen, wo andere Diuretika erfolglos sind. Doch ist diese Wirkung nicht konstant. Immerhin wird man sich der Dispnontabletten in sonst schwer zu beinflussenden Fällen mit Vorteil bedienen können.)

Ferro-Guaja-Cinnamylpillen sind mit Schokolade überzogene Pillen, welche Natrium cinnamylicum, Natrium orthosulfoguajacolicum und Ferrum carbonicum saccharatum enthalten und gegen Tuberkulose Anwendung finden.

Ferro-Guaja-Cynnamylpulver enthält die obigen Bestandteile mit etwas Oel. Menthae piperitae.

Fluoroformwasser empfiehlt Stepp als ein gutes Mittel gegen die verschiedenen Formen der Tuberkulose, 4—6mal täglich kaffee- bis eßlöffelweise. Das Fluroform $CH\,F_3$ ist bekanntlich gasförmig und löst sich in Wasser zu 2·8%. Als Fluoroformwasser ist es nahezu geruch- und geschmacklos und hinterläßt beim Schlucken ein leichtes Kratzen am Gaumen.

Formaldehyd-Kasein ist eine Verbindung von Formaldehyd und Kasein. Gelbliches, geruchloses Pulver, das Anwendung als Wundantiseptikum findet.

Formicin-Formaldehydacetamid ist eine farblose sirupdicke Flüssigkeit, welche als Ersatz des Jodoformglyzerins zur Injektion in tuberkulöses Gewebe und in Gelenke, als Desinfiziens und Desodorans für infizierte Höhlen, bei Zystitis, zu Verbänden Anwendung findet. — (Riedels Ber.)

Forminol ist eine angenehm riechende, Formaldehyd enthaltende Emulsion zu Ausspülungen bei Fluor albus.

Formylphenetidin ist in Dosen von 0·2—0·4 g ein krampfstillendes Mittel.

Genoform ist Salizylsäure-Methylen-Glykolester und wird gegen harnsaure Diathese und deren Folgezustände angewandt.

Gonoryltabletten enthalten 33% Ranjan (Ixora coccinea L.). Man gibt bei Gonorrhöe täglich acht Tabletten.

Gonosan (Kawasantal) ist eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Weingeist, Aether und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von Piper methysticum (Kawa-Kawa) extrahierten pharmakodynamisch wirksamen Harze (α- und β-Harz) in reinem ostindischen Sandelöl gelöst enthält. Die indifferenten Inhaltsstoffe der Kawa-Kawa (Kawahin und Yangonin) enthält das Präparat dagegen nicht. Auf 80 Teile Sandelöl kommen 20 Teile α- und β-Kawaharz. Das Präparat kommt in Form von Gelatinekapseln mit je 0·3 g Inhalt in den Handel und ist von Boß bei der Behandlung der Gonorrhöe mit gutem Erfolg angewendet worden. Man gibt täglich etwa 8—10 Kapseln. — (Brückner, Lampe.)

Guajacophosphal. Das Guajacophosphal oder neutral phosphorigsaure Guajakol enthält 92% Guajakol und 7% organischen assimilierbaren Phosphor. Es ist ein kristallisierter Stoff in Form von weißen Blättchen, in Wasser und in organischen Flüssigkeiten löslich, von nichtätzendem Geschmack und schwachem Geruch. — Clins Guajacophosphalkapseln. In Gluten eingehüllt und auf 0·15 g kristallisiertes Guajacophosphal per Kapsel dosiert. Dose: 2—6 Kapseln täglich. — Clins Guajacophosphal-Lösung. Auf 0·10 g kristallisiertes Guajacophosphal per Kaffeelöffel dosiert, anwendbar von 1—3 Kaffeelöffeln täglich in ein wenig Milch, vor den Mahlzeiten. Diese Lösung kann auch in Klistieren verabreicht werden. — Clins sterilisierte Guajacophosphalröhrchen für subkutane Einspritzungen: Auf 0·05 g per Kubikzentimeter dosiert.

Digitized by Google

Helmitol ist die Hexamethylenaminverbindung der Anhydromethylenzitronensäure; die letztere unterstützt durch ihre Fähigkeit, im Organismus die Methylengruppe in Form freien Formaldehyds abzuspalten, die bekannte Wirkung des Hexamethylentetramins als Blasenantiseptikum. Es ist ein weißes Kristallpulver von säuerlichem Geschmack, in Wasser zu zirka 7% löslich, fast unlöslich dagegen in Alkohol. Durch verdünnte Säuren wird es nur langsam gespalten, leicht dagegen durch Alkalien, durch welche die Bildung von freiem Formaldehyd erfolgt. Die Vorzüge des Helmitols vor dem Hexamethylentetramin bestehen darin, daß es prompt schmerzstillend wirkt, den Harn rasch sauer macht und klärt, energischer desinfiziert, einen angenehmen Geschmack besitzt und vorzüglich vertragen wird. Es wird in Gaben von 1 g dreimal täglich gereicht. Maximaltagesdosis 5—6 g. — (Bruckner, Lampe, Ber.) (Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Nebennierenpräparate.

Adrenalon (Oxydationsprodukt von Tribenzosulfoadrenalin) wird wie Adrenalin zur Vermehrung des Blutdruckes gebraucht.

Atrabilin. Eigenschaften: Hellgelbe, schwach opalisierende Flüssigkeit von Fleischextraktgeruch. Anwendung: In der Ophthalmologie an Stelle des Kokains, dessen Wirksamkeit es in wesentlich verstärktem Maße besitzt, mit Ausnahme der Mydriasis und Anästhesie.

Eudrenine, Parke, Davis & Co. ist eine Lösung, welche per Kubikzentimeter 0·01 g Beta-Eucaïnum hydrochloricum und 0·033 mg Adrenalin Chloride Takamine enthält und in der Augenheilkunde Verwendung findet.

Eusemin ist eine 1%ige Kokainlösung mit Adrenalin- und Chloretinzusatz; wird als Anästhetikum für die Zahnheilkunde gebraucht.

Extractum suprarenale. Zusammensetzung: Nach Merck ein wässeriges Extrakt aus Nebennieren. Eigenschaften: Braune, schollige, in Wasser lösliche Partikelchen. Anwendung: In Lösung 1 : 1 als gefäßkontrahierendes Mittel bei Konjunktivitis, Keratokonjunktivitis, vaskulärer Keratitis, Episkleritis, Glaukom, Augenoperationen in Lösung von 0·6 : 2·0. Subkutan bei kardiovaskulären Paresen der Infektionskrankheiten. Lokal in 6—12%iger Lösung als Spray bei Blutungen und Schwellungen von Nase und Hals wie bei Heuschnupfen.

Hämostatin ist ein Nebennierenpräparat. Es wird von dem Schweizer Serum- und Impfinstitut in Bern sowohl als Pulver, wie auch in Lösung 1 : 1000 in den Handel gebracht.

Paraganglin ist ein dem Adrenalin analog wirkendes Nebennierenpräparat italienischer Herkunft.

Sphygmogenin ist ein aus den Nebennieren dargestelltes Präparat. Anwendung: als ein den Blutdruck steigerndes Mittel. Auch als Gegengift bei Atropinvergiftung verwendet.

Supradin. Zusammensetzung: Ein jodhaltiges Trockenpräparat, aus den Nebennieren bereitet, dem Ovadin sehr ähnlich, etwas heller, 0·01524% Jod enthaltend. Anwendung: Als Präparat mit der Wirksamkeit der Nebennieren.

Suprarenaden. Zusammensetzung: Ein Nebennierenextrakt, welches mit Milchzucker derartig eingestellt ist, daß 1 Teil 2 Teilen frischen Organes entspricht. Anwendung: In Dosen von 0·5 g bei Diabetes, Morbus Addisonii, Menopause, Neurasthenie etc.

Suprarenin. Zusammensetzung: Suprareninum hydrochloricum, die wirksame Substanz der Nebennieren, kommt in sterilen Lösungen von 1 : 1000 physiologischer Kochsalzlösung in Flaschen à 10 und 25 cm³ in den Handel. Anwendung: Als Adstringens und Hämostatikum in der Chirurgie, Oto-Rhino-Laryngologie, Ophthalmologie und Urologie. Zum Verdünnen darf nur physiologische Kochsalzlösung, 0·9% NaCl enthaltend, angewendet werden. (Fortsetzung folgt.)

c) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel.

(Fortsetzung.)

Algarine Nyrdahl sind Granules aus Meerpflanzen. Jeder Teelöffel voll ent-

Digitized by Google

hält 0·01 g Jodsalze. Lebertranersatz. — (Riedels Ber. 1906.)

Ammonium embelicum ist ein graues, wasserlösliches Pulver, welches in Dosen von 0·2 g als Bandwurmmittel Anwendung findet.

Aufsbergs Eisenkraftbrot ist ein Brotgebäck, welches das Eisen in Verbindung mit Kohlehydraten, Saccharaten, Dextrinaten und deren Zwischenstufen enthält. — (Pharm. Zentralh.)

Condurango Bordorf ist ein Condurango-Extrakt, welcher Diastase und Pepsin enthält.

Ferrocolin ist nach Angabe des Fabrikanten ein Gemisch von peptonisiertem Guajakol-Eisenalbuminat mit Syr. Thymoli. Nach Aufrecht wahrscheinlich Liq. Ferri albuminati 15, Tinct. Cinnamomi 5, Zucker 37, Wasser 43% sowie etwa Thymol. Anwendung: Bei Anämie und Chlorose sowie bei Erkrankungen der Atmungswege. — (Riedels Ber.)

Fortose ist ein vorzugsweise Fleisch-Hemialbuminose enthaltendes Diätetikum. Wasserlösliche, geruch- und geschmacklose Substanz.

Gadose ist das von freien Fettsäuren, Seifen und Aschebestandteilen gereinigte Fett der Dorschleber und bildet eine gelbe salbenartige Masse, löslich in Aether, Chloroform und Schwefelkohlenstoff, wenig in Alkohol. Die Gadose zeichnet sich durch besonders leichte Resorbierbarkeit aus. Sie kommt als Gadose anhydrica in wasserfreiem Zustande in den Handel, ferner als Gadose aquosa mit 25% Wasser und als Gadose glycerinata mit 25% Glyzerin. — (Pharm.-Ztg. Nr. 40, 1906.)

Gastricin nach J. Traub ist ein bei Magenkrankheiten anzuwendendes Gemisch aus Ammon. carb., Ammon. chlorat. āā 1·0, Kal. bitartar. 6·0, Tartar. natronat. 2·0, Lapid. Cancror. 5·0, Magnes. carbon. 3·0, Magnes. citr. 10·0, Magnes. lact. 5·0, Natr. chlorat., Natr. sulf. āā 3·0, Natr. bicarb. 60·0.

Glyphocal ist ein Sirup, welcher die Glyzerophosphate des Kalziums, Natriums, Kaliums und Eisens, zusammen mit Pepsin und Diastase, enthält. Der Sirup kommt auch mit Malzextrakt und mit Hämoglobin in den Handel und dient als Roborans.

Guderin ist ein flüssiges Eisenmanganpeptonat, enthaltend Eisen 0·4, Mangan 0·1, Eiweißstoffe zirka 4·5, Zucker 5, Wein 10%, aromatische Substanzen, Wasser, Glyzerin, Alkohol. Wird gegen Anämie und Chlorose sowie als Roborans angewandt.

Häman oder Sangan ist nach der Mitteilung von Arends ein flüssiges Rhodaneisenpräparat, welches seine Herstellung der Tatsache verdankt, daß der Rhodangehalt des Speichels bei anämischen und anderen geschwächten Personen sowie bei Gicht je nach dem Grade der Erkrankung zurückgeht oder ganz verschwindet. M. Baum kam deshalb auf den Gedanken, daß es für die betreffenden Patienten von Bedeutung sein müsse, neben dem Ersatz des ihnen fehlenden Rhodans gleichzeitig etwas Eisen zuzuführen. Die Herstellung des Hämans besteht im wesentlichen darin, daß das Eisenrhodanid dem Pepton unter gleichzeitiger Sterilisierung einverleibt wird. Das fertige Produkt wird mit Geschmackskorrigentien versetzt. Die von ärztlicher Seite angestellten Versuche bestätigten die gehegten Erwartungen. Fabrikant: Baum & Cie., Hanau.

Haematin-Albumin. Ein eisenhältiges Eiweißpräparat. Es besteht aus getrockneten Blutalbuminstoffen und bildet ein feines, rotbraunes, geruch- und geschmackloses Pulver, von dem man dreimal täglich 1—2 Teelöffel in Wasser oder in Milch nach den Mahlzeiten verordnet. Eines der empfehlenswertesten Kräftigungsmittel.

Haemoform. Blutpräparat in Form eines rotbraunen, glänzenden Pulvers. Löst sich nach starkem Rühren in kaltem Wasser zu einer klaren braunen, im durchfallenden Lichte roten Flüssigkeit auf, die geruch- und geschmacklos ist und neutral reagiert. Kommt in den Handel als H. siccum, H. spissum und H. liquidum.

Haemoform-Haematogen soll ein wohlschmeckendes, haltbares Haematogen sein, über dessen Wert Prof. Fresenius sich dahin äußert, daß dasselbe

Digitized by Google

fast ausschließlich aus Eiweißkörpern bezw. Blutbestandteilen besteht, daher an Stickstoff sehr reich, leicht verdaulich, relativ viel Eisen in organischer Bindung enthalte und somit geeignet erscheint, dem Organismus namentlich blutbildende Stoffe in wirksamer, d. h. resorbierbarer Form zuzuführen.

Haemoglobin. Nardi, ein Blutpräparat italienischer Herkunft, ist ein braunes, in Wasser und Milch leicht lösliches Pulver, das gegen Blutarmut und deren Folgeerscheinungen Anwendung findet.

Haemolum wird gewonnen durch Einwirkung von Zinkstaub auf defibriniertes Blut. Mittel gegen Bleichsucht. — (Brückner, Lampe Ber.)

Lecithinogen. Zusammensetzung: Nach Angabe des Fabrikanten „Aethylhypophosphitester", nach Aufrecht aber ein unterphosphorigsaures Salzgemisch, welches in 100 cm^3 enthält: Phosphor in Spuren, Kalziumhypophosphit 0·042, Zucker 10·14, Alkohol 8·63, Wasser 91·37 g. Eigenschaften: Klare, farblose, schwach alkalisch reagierende, eigentümlich ozonartig riechende Flüssigkeit von süßem Geschmack. Anwendung: An Stelle von Lebertran, bei Rhachitis und Skrofulose. — (Riedels Ber.)

Letalbin ist ein gelbes, zirka 20% Lecithin enthaltendes Roborans und Tonikum in Pulverform.

Liquid Peptonoids. Zusammensetzung: Das Präparat enthält 5·25% Albuminoide des Fleisches, der Milch und des Weizens, 12·63% Kohlehydrate und 0·95% Mineralbestandteile. Anwendung: Als Nährmittel bei Pneumonie, typhösem Fieber sowie als Adjuvans bei schlechten Ernährungszuständen in der Rekonvaleszenz etc. — (Riedels Ber.)

Liquor ferri mangani peptonati bildet eine braune Flüssigkeit, deren Gehalt an Eisen zirka 0·5%, an Mangan 0·1%, an Jodeisen 0·05% beträgt. Diese mild wirkende Eisenmanganverbindung ist zum Ersatz des Oleum jecoris manganojodo-ferratum bestimmt. Ihr Gebrauch ist speziell in Ländern mit warmem Klima und in der wärmeren Jahreszeit angezeigt. Man gibt das Präparat bei Chlorose jugendlicher Patienten eßlöffelweise mehrmals täglich. Fabrikant: E. Merck, Darmstadt. — (Arends.) (Fortsetzung folgt.)

d) Salben.

(Fortsetzung.)

Fascolsalbe. P. Huth empfiehlt gegen Hautkrankheiten und in der Gynäkologie die das bituminöse Mineral Fascol enthaltende Fascolsalbe, welche von O. Hütter in Köln zum Preis von 3 Mk. hergestellt wird. Außerdem werden Fascol-Hämorrhoidalkapseln (Schachtel 2·30 Mk.) hergestellt. Die Farbe der Salbe ist graugrünlich, beim Verreiben zeigt sich die Salbe ziemlich sandig und von ungenügender Gleichmäßigkeit. Die Untersuchung ergab, daß sie aus etwa 33% Wollfett, 6% Dermatol, 2% Blattpulver, etwas Resorzin und aus einer körnigen Mineralsubstanz, hauptsächlich aus Kalziumkarbonat, besteht. Die Fascol-Kapseln haben sich bei Hämorrhoiden gut bewährt. — (Süddeutsche Apoth.-Ztg. Nr. 47, 1906.)

Jodoglobin ist ein Präparat von salbenartiger Konsistenz, dessen Hauptbestandteile Kaolin, Jod und Glyzerin sind. Es stammt aus Amerika.

Kapitol stellt eine weiße Salbe dar mit starkem Mentholgeruch. Das Mittel wird gegen Kopfschmerz zum Einreiben der Stirne und Schläfe verwendet und ist in Tuben von 12 g verpackt. Es dürfte aus 63% Wollfett, 14·5% Wasser und 22·5% Menthol bestehen. — (Süddeutsche Apoth.-Ztg. Nr. 47, 1906.)

Linimentum Carragheni ist eine aus Carrageen bereitete wasserlösliche Salbengrundlage.

Menfor ist eine Menthol, Kampfer und Methylsalizylat enthaltende Salbe zu Einreibungen.

Mercuran ist eine 25% Quecksilber enthaltende Salbe aus Gänsefett, die leichter resorbiert werden soll, als andere Quecksilbersalben.

Psorialan ist ein salbenförmiges Präparat von rötlicher Farbe und angenehmem Geruch. Es wurde von Torrial durch stundenlanges Erhitzen von Margarinsäure mit Quecksilberoxyd auf 180° hergestellt und dient zur Behandlung von

Digitized by Google

Hautkrankheiten, insbesondere von Psoriasis und Akne.

Vasopolentum ist ein Oleïn-Paraffin, welches in fester Form (spissum) als Salbengrundlage dient, in flüssiger Form (liquidum) als Lösungsmittel für viele Arzneisubstanzen. Das erstere kommt auch mit Quecksilber verrieben in Handel.

(Fortsetzung folgt.)

2. Behandlungsmethoden.

Trunecekssches Serum in der Glaukombehandlung.

Das Trunecekssche Serum kann nach Aguilera beim Glaukom auf zwei Weisen angewandt werden, in Form von hypodermatischen Injektionen und auf gastrischem Wege. Zu Injektionen dient die Formel:

Rp.	Natr. sulf.	0·44
	Natr. chlorat.	4·92
	Natr. phospor.	0·15
	Natr. carbon.	0·21
	Kal. sulph.	0·4
	Aq. dest.	100·0

Man injiziert 0·3—1·0 und steigt alle 4—5 Tage um 0·2.

Per os heißt die Zusammensetzung:

Rp.	Natr. chlorat.	10·00
	Natr. sulf.	1·0
	Calc. phosphor.	0·75
	Magn. phosphor.	0·75
	Natr. carbon.	0·4
	Natr. phosphor.	0·3

Davon werden 17 Pulver verordnet und 1—2 vor der Mahlzeit in einem Löffel voll Wasser genommen.

Röntgen-Strahlenbehandlung bei Gicht und Rheumatismus.

Nach Moser bilden die Röntgen-Bestrahlungen bei Gicht und Rheumatismus ein äußerst wirksames Heilmittel; bei gichtischen Erkrankungen, besonders bei frischen Gichtfällen, sind im Anfang nur kurze Bestrahlungen anzuwenden, etwa von einer Minute Dauer. Rheumatische Affektionen erfordern meist eine längere Bestrahlungsdauer. Die Röntgen-Bestrahlungen sind nicht nur als ein schmerzstillendes Mittel anzusehen, sie wirken vielmehr bei beiden Krankheiten auf das Grundleiden ein (Zurückgehen der Gelenkergüsse, Besserung der Herztätigkeit, Beweglichwerden versteifter Gelenke, milderes Auftreten der Gichtanfälle). Diese Behandlungsart steht anderen nach der Erfahrung des Vfs. nicht nach. — (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. 9, H. 1.)

Therapie der Herzinsuffizienz.

In einem klinischen Aerztevortrag besprach Prof. v. Krehl (Straßburg) die Therapie der Herzinsuffizienz. Eine ätiologische Behandlung der Herzinsuffizienz kommt einzig und allein bei den syphilitischen Herzleiden in Betracht. Bei allen anderen Fällen von Herzinsuffizienz kommt es darauf an, die Kraft des Herzens zu bessern. Dies kann erstens durch die Einwirkung der Ruhe, zweitens durch Digitalistherapie erzielt werden. Die Schwierigkeit der Dosierung der Digitalis beruht auf einer enormen Variabilität der rohen Droge, bis zu 100%. Andere Präparate, die die Digitalis ersetzen könnten, gibt es zur Zeit nicht. Die Vogesendigitalis erweist sich als viel stärker wirksam als andere Digitalis. Ob Pulver oder Infus gegeben werden soll, hängt davon ab, ob eine schnelle oder langsame Wirkung erzielt werden soll. Pulver gebe man in Dosen von 3—4mal täglich 0·1 g, Infus in Dosen von 1 : 150 zweistündlich einen Eßlöffel voll, solange, bis Pulsverlangsamung oder bis eine Erhöhung der Diurese eintritt. Fällt der Puls gegen 60, so ist mit der Digitalis sofort aufzuhören oder es sind ganz kleine Dosen (etwa 0·05 g) zu geben; bei 2—3 g hat man in der Regel die volle Wirkung. Wenn so nichts erreicht wird, wiederhole man die Kur nach etwa acht Tagen mit noch größeren Dosen bis fünfmal 0·1 g, jedoch mit größter Vorsicht. Von den neueren Ersatzmitteln ist besonders das Digalen zu nennen, das sowohl per os als ganz besonders bei intravenöser Injektion sehr günstig wirkt. Es liegt jedoch die Gefahr der Intoxikation durch Kumulation nahe. Unterstützt wird die Wirkung der Digitalis durch Punktion von pleuritischen und aszitischen Ergüssen, durch

Digitized by Google

Darreichung von diuretischen Mitteln: Diuretin, Theocin, auch Kalomel (bei intakten Nieren). Die Wirkung von CO_2-Bädern und von Gymnastik ist eine ganz andere als die der Digitalis; sie besteht in einer Uebung des Herzens und der Gefäße. Zur Zeit ist aber noch nicht zu entscheiden, bei welchen Fällen von Herzinsuffizienz besser Digitalis oder besser CO_2-Bäder anzuwenden sind. Ganz allgemein läßt sich sagen, daß leichte Herzinsuffizienz nach einer Digitaliskur, oder nach körperlicher Ueberanstrengung oder bei einem der Arbeit entwöhnten Herzen am besten durch CO_2-Bäder behandelt wird. Dafür ist eine gewisse Leistungsfähigkeit des Herzens Voraussetzung. Die CO_2-Bäder, die außer in den bekannten Badeorten (Nauheim, Oeynhausen, Kissingen, Homburg) auch künstlich herzustellen sind durch Einleiten von CO_2 in ein gewöhnliches (2—3%) Solbad oder durch Einführung von roher Salzsäure (1—1·5 l) in das $^1/_2$—$1^1/_2$ kg Natr. bicarb. enthaltende Solbad, werden am besten bei einer Temperatur von 33° bis 25° C., 2—5mal wöchentlich verabreicht bis zu 30—40 Bädern in toto. — (D. Straßb. med. Ztg. Nr. 3, 1906.)

Zur lokalen Omoroltherapie bei Diphtherie.

Viett warnt mit Bourget (Lausanne) vor einer Ueberschätzung der Seruminjektionen bei Diphtherie und verlangt, daß mehr Wert auf eine entsprechende Lokalbehandlung des therapeutischen Eingriffen zugänglichen Krankheitsherdes gelegt wird. Von antiseptischen Medikamenten kommen in erster Linie die hochgradig bakterizid wirkenden Silberverbindungen in Frage, die ja für den menschlichen Körper ungiftig sind. Vf. hat über die Wirksamkeit des für diesen Zweck besonders geeigneten Omorols in Nr. 17 der Medizinischen Klinik berichtet und erweitert die dort gegebene Gebrauchsanweisung. Omorol ist ein feines, leichtes, in Wasser unlösliches Pulver, das sich in physiologischer Kochsalzlösung, in alkalischen und eiweißhaltigen Flüssigkeiten bis zu 3% löst. Der Diphtheriekranke hat zunächst mit einer 3%igen Lösung von Omorol in physiologischer Kochsalzlösung zu gurgeln; von den erkrankten Schleimhäuten wird der Schleim mit Tampons abgetupft; die Membranen werden mittels Wattepinsels reichlich mit Omorol eingerieben; in den Nasenrachenraum wird mittels eines Pulverbläsers mit Doppelgebläse (nach Döring) ausgiebig Omorol eingestäubt. Die Omorolapplikation hat immer reichlich, u. zw. zweistündlich, in schweren Fällen stündlich, zu erfolgen; sie muß auch noch 2—3 Tage nach Verschwinden der Membranen fortgesetzt werden, wenn auch seltener. Außerdem empfehlen sich namentlich bei Kehlkopfdiphtherie und bei kleinen Kindern Inhalationen mit einer 3%igen Lösung von Omorol in physiologischer Kochsalzlösung. — (Medico Nr. 21, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Chronische Bronchitis mit reichlichem Auswurf.

I. Man reibe die Brust zweimal täglich, morgens und abends, mit folgender Mischung ein:

Rp. Olei Terebinthinae, Spiritus Lavendulae, Spiritus Rosmarini āā 40·0

II. Vier- bis fünfmal täglich eine Stunde vor oder zwei Stunden nach dem Essen nehme man eine Pille von folgender Zusammensetzung:

Rp. Eucalyptoli gutt. I
Tinct. Aconiti Ph. Gall. (aus frischen Knollen mit 90%igem Weingeist 1 : 1 bereitet) gutt. I
Codeini 0·01
Terpini 0·1
Natrii benzoici 0·1
M. f. pilul. I. D. t. d. XL.

III. Man vermeide möglichst einen Temperaturwechsel. — (Presse médic. 1906, S. 147.)

Vomitus gravidarum.

Rp. Mentholi 1·0
Spiritus Vini 20·0
Syr. simpl. 50·0
M. D. S. Stündlich ein Teelöffel voll.

Digitized by Google

Neuralgie.

Rp. Infus. rad. Valerian. 100·0
Aceton. 15·0
Syr. Aurant. cort. 20·0
M. D. S. Dreistündlich ein Eßlöffel voll.

Laxans.

Rp. Magnes. sulfuric. 25·0
Acid. tart. 0·2
Aq. dest. 75·0
Aqu. Cinnam. ad 100·0
M. D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Dornblüth.)

Gicht.

Rp. Colchicin Merck 0·03—0·05
Extr. Liquirit. } āā 1·5
Pulv. Liquirit. }
f. p. Nr. XX.
D. S. 2—3—4 Pillen innerhalb zwei Tagen. — (Ebstein.)

Periodisches Erbrechen im Kindesalter.

Rp. Natr. salicylic. 4·0
Natr. benzoic. 8·0
Vin. Pepsini } āā 60·0
Aq. Menth. pip. }
M. D. S. Ein Teelöffel voll nach den Mahlzeiten für ein sechsjähriges Kind. — (Rashford.)

Stomachikum.

Rp. Fol. Trifol. fibrin.
Flor. Millefol.
Herb. Centaur. minor. } āā 30·0
Fol. Menth. pip.
M. f. species.
D. S. Zum Tee. Ein Eßlöffel auf einen halben Liter Wasser. Während des Tages tassenweise zu trinken.

Bücher-Anzeigen.*)

Neue Arzneimittel und Spezialitäten. Von G. Arends. Zweite Auflage. Berlin 1905. Verlag von Julius Springer. 611 Seiten. Quart.

Eine vorzügliche und verläßliche Zusammenstellung. Die Anschaffung kann jedem Kollegen empfohlen werden, dem es darum zu tun ist, sich rasch und sicher über die neuen Präparate zu informieren. Beifügung von Rezeptformeln würde den Wert des Buches für den Praktiker noch erhöhen. L.

Grundriß der orthopädischen Chirurgie für Aerzte und Studierende. Von Dr. Max Haudek, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, Vorstand der orthopädischen Abteilung am I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitut in Wien. Nebst einem Vorwort von Prof. Dr. Albert Hoffa. Mit 198 Abbildungen im Text. Stuttgart 1906. Verlag von Ferdinand Enke.

Das sehr verdienstvolle Buch gibt eine gute, umfassende Uebersicht über das in den letzten Jahren immer besser ausgebaute Gebiet der orthopädischen Chirurgie. Es füllt eine klaffende Lücke aus, denn es gab bisher kein passendes Buch, in dem sich der Praktiker und der Studierende kurz über orthopädische Dinge unterrichten konnte. Die Arbeit zeichnet sich besonders durch einheitlichen Guß vor anderen aus sowie dadurch, daß Vf. vieles aus seinen eigenen Erfahrungen und therapeutischen Maßnahmen beisteuert. Die beigegebenen Abbildungen sind sehr gut und instruktiv. Das Buch wird wohl bald in keiner ärztlichen Bücherei mehr fehlen, da auch insbesondere der Studierende in knapper, angemessener Form aus ihm das lernen kann, was er in der Praxis über die orthopädische Materie wissen muß. Die Ausstattung des Buches ist, den Gepflogenheiten des Verlags entsprechend, musterhaft.

Klar, München.

Die tierischen Gifte. Von Edwin Stanton Faust. Braunschweig 1900. Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn. 248 Seiten. Preis 6 Mark.

Vorliegende Arbeit bildet das 9. Heft der „Sammlung naturwissenschaftlicher und mathematischer Monographien", welche unter dem

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Titel „Die Wissenschaft“ im Vieweg'schen Verlag erscheint. Vf. gibt in übersichtlicher, möglichst knapper Form eine Zusammenstellung unserer wichtigsten Kenntnisse über „tierische Gifte“. Die fleißige Arbeit interessiert den praktischen Arzt in gleichem Maße wie den Zoologen, Physiologen, Pharmakologen und Pathologen. Gute Quellenangaben erhöhen ihren Wert. Bei der Besprechung der Giftspinnen erwähnt Vf. auch die prachtvolle Malmignatte, das Theridium tredecimguttatum F. Sie kommt aber nicht nur (in Italien) in Toskana vor, sondern wurde vom Referenten in ganz Süditalien, besonders oft auf Capri gesammelt. Die Angabe von Motchoulsky, die Vf. zitiert, daß nomadisierende Völker in Südrußland in den Jahren 1838 und 1839 durch diese Spinnen angeblich 70.000 Stück Rinder verloren, hält Referent für eine Fabel.

Das Werk ist auch von großem praktischen Interesse und sei der Beachtung der Kollegen bestens empfohlen.

Dr. Fritz Loeb, München.

Spezielle Diagnostik der Hautkrankheiten für praktische Aerzte und Studierende. Von Dozent Dr. Ludwig Török. Wien 1906. Verlag Alfred Hölder.

Unter den vielen Gesichtspunkten, welche bei der Abfassung dermatologischer Handbücher und fachlicher Zusammenfassungen maßgebend waren, fanden wir bisher niemals das Bestreben vorherrschen, mit einer genaueren Schilderung der kennzeichnenden Merkmale das wahrlich nicht leichte Studium der formengleichen und doch so verschiedenen dermalen Krankheitsbilder zu erleichtern. Diesen so naheliegenden Schritt hat nun Török in dankenswerter Präzision und im Interesse aller unternommen, denen die Förderung der Disziplin und die Anerkennung ihrer Bedeutung am Herzen liegt. Gleichwie in anderen Zweigen der Medizin, haben auch in der Dermatologie, die klinische Erfahrung, das Experiment und die Biopsie im Laufe der jüngsten Zeit ein reiches Arsenal orientierender Daten zugeführt, so daß die mächtig angewachsene Symptomatologie auch auf diesem Gebiete die Diagnostik vor stets neue Aufgaben stellt. Um diesen gewachsen zu sein, bedarf es einer Ordnung des Stoffes, wie sie eben Török unternimmt. Als Adepten der Hebraschule sehen wir Török, soweit dies zulässig, stets von den pathologisch-anatomischen Grundlagen ausgehen und die Dermatosen nach den geweblichen Charakteren gruppieren. In den Abhandlungen über die allgemeine Pathologie, der Hautprozesse gelangt Töröks profunde Kenntnis der experimentellen Pathologie gleichwie das reiche Ergebnis seiner Eigenforschung zu ebenso lehrreicher als anregender Verwertung. In der Beleuchtung und Charakteristik der einzelnen Krankheitsbilder sind plastische Schärfe mit knappster Zeichnung glücklich gepaart und betonen von Bild zu Bild die Gründlichkeit und exzellente Beobachtungsgabe des Beschreibers. Dem Ausfalle gegen die unkrautähnlich wuchernde Taufsucht, die vielleicht mehr als überall in der dermatologischen Domäne grassiert, kann nur bestens beigepflichtet werden, nicht minder dem Vorschlage, bei der Benennung der Prozesse den Gewebsbefund zum Ausgange zu nehmen.

Töröks seitens der Buchhandlung Hölder in einen würdigen Rahmen gekleidete Diagnostik wird zum täglichen Berater des Praktikers und mit Genuß benütztem Behelfe der im Fache unterrichteten Aerzte werden. N.

Nacktkultur. Von Dr. Heinrich Pudor. Erstes Bändchen: Allgemeines, Fußkultur. Dritte Auflage. Berlin-Steglitz 1906. Verlag von H. Pudor. 57 Seiten.

Vf., ein eifriger Verfechter des Nacktkultus, vertritt seinen Standpunkt mit hohem sittlichen Ernst, durchdrungen von dem aufrichtigen Wunsche, ein kräftiges widerstandsfähiges Geschlecht zu erziehen. Daher wettert Vf. gegen die Kleidersünde und befürwortet Nackturnen und Nacktsport. Zunächst tritt Vf. für intensive Fußkultur ein, für welche er im Anhang eine Anleitung gibt. Die prachtvolle Wiedergabe einiger klassisch-antiker Nacktfiguren unterstützt Vfs. Anschauungen auf das Trefflichste.

Brieger, Berlin.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Zur diätetischen Behandlung des Magengeschwürs.

Von Prof. Dr. **C. A. Ewald**, Geh. Med.-Rat, Berlin.

Die Frage der Behandlung des Magengeschwürs, welche durch die grundlegenden Arbeiten von Ziemssen und Leube ein- für allemal festgelegt zu sein schien, ist in neuerer Zeit wieder in Fluß gekommen. Es sind die Mitteilungen von Lenhartz[1]) und seinen Schülern Fütterer und Wagner[2]), welche zuers darauf hinwiesen, in der Behandlung des Magengeschwürs, abweichend von der alten Schablone, den Ulkuskranken von vornherein eine reichlichere Eiweißkost zu geben. Sie gingen von der Tatsache aus, daß vielfach Hyperchlorhydrie, Chlorose und Anämie an der Entstehung und dem Verlauf des Ulkus konkurrieren. Je früher und je energischer diesen Zuständen entgegengetreten wird, desto besser für den Kranken, der nicht nur schneller geheilt, sondern auch mit einem erheblich größeren Gewinn an allgemeinem Kräftebestand aus der Behandlung entlassen wird. Die Kranken erhalten, selbst wenn unmittelbar vor Beginn der Kur eine Blutung stattgehabt hat, vom ersten Tage an zwei rohe verquirlte Eier und stündlich 20 cm^3 Milch, beides bei frischen Blutungen in Eis gekühlt. Dann täglich ein Ei und 100 cm^3 Milch mehr, bis acht Eier und 1 l Milch pro Tag erreicht sind. Vom dritten Tage an Zucker, vom sechsten Tage an geschabtes Fleisch, und zwar ein- bis zweimal täglich 35 g rohes Hackfleisch. Vom achten Tage ab in langsamer Steigerung Milchreis, Zwieback, rohen Schinken und Butter. Daneben Bettruhe, bei frischer Blutung eine Eisblase auf den Magen, sowie 1—2 g Wismut. Bei Anämischen frühzeitig Eisen eventuell mit Arsen. Bettruhe wurde je nach Verlauf 2—4 Wochen beibehalten. Der Erfolg soll bei 60 in dieser Weise behandelten Kranken sehr gut gewesen sein: ein Todesfall, sieben Fälle von im Krankenhaus rezidivierender Hämatemesis. Die Schmerzen hörten unmittelbar nach Beginn der eiweißreichen Kost auf und die Kranken erholten sich schneller als bei der bisher üblichen Diät. Von 25 ehemaligen Patienten erwiesen sich bei einer Umfrage 18 als völlig beschwerdefrei, d. i. 72%. Diese Angaben sind zunächst von Wirsing[3]) bei 42 Patienten, von denen bei 21 die Diagnose durch Magenblutungen bestätigt und bei 14 eine frische Blutung vorhanden war, nachgeprüft worden. Als Ergebnis seiner sehr sorgfältigen Untersuchungen ergibt sich, daß die Patienten mit frischen Blutungen sich bei dem neuen Diätregime wohler und ruhiger fühlten als früher, während bei den nichtblutenden weit mehr Klagen und Beschwerden geäußert wurden und in der Kostregulierung mehr laviert werden mußte, als sonst. Was speziell die Nachblutung betrifft, so fand dieselbe unter 42 Kranken nur einmal, d. i. in 2·4 Prozent statt. Zieht man nur die 14 frischblutenden Kranken in Betracht, so ergeben sich 7·1%. In 50% der Fälle waren Dauerheilungen vorhanden, bei Wagner sogar in 72%. Es ergibt sich also das überraschende und geradezu paradoxe Resultat, daß die frischen Blutungen diese relativ anspruchsvolle Kost in ausgezeichneter Weise vertrugen. Ich selbst habe mich in meiner Arbeit „Ueber Magen-

[1]) Lenhartz: Aerzte-Verein in Hamburg, 1. Dez. 1903 und Deutsche med. Wochenschr. 1904, p. 412.

[2]) Wagner: Zur Behandlung des Magengeschwürs. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1 u. 2, 1904.

[3]) Ed. Wirsing: Zur Diagnostik und Behandlung des Magengeschwürs. Archiv f. Verdauungskrankh. Bd. 11, H. 3.

Digitized by Google

geschwür und Magenblutung“ [4]) dahin ausgesprochen, daß der von Lenhartz zu Gunsten dieser Behandlungsweise vorgebrachte Grund, daß sich die Kranken schneller erholten, gegenüber der damit verbundenen Gefahr nicht stichhaltig zu sein scheine. „Ulkuskranke erholen sich sehr schnell, sagte ich damals, sobald sie keine Schmerzen mehr haben. Sie verlieren dieselben um so schneller, je mehr man die Magenschleimhaut durch eine möglichste Ruhestellung schont, statt sie zu höheren Leistungen anzuregen.“ Auch Minkowski spricht sich in einer neueren Mitteilung dahin aus, daß er bei Magenblutungen nicht wie Lenhartz sofort mit der Nahrungszufuhr beginne. Aber auch er fand, daß eine Ueberernährung bei geringerem Nahrungsvolumen durchführbar und ebenso wie die Bindung der Salzsäure durch reizlose Eiweißnahrung in vielen Fällen von Vorteil sei, indem sie die Heilung beschleunige. Es dürfe aber nicht einfach schematisch in allen Fällen dasselbe verordnet werden, man müsse vielmehr nach Möglichkeit individualisieren.

Einen Mittelweg hat jüngsthin Senator [5]) empfohlen, welcher seinen Kranken hauptsächlich Leim in Form einer Abkochung von weißer Gelatine (15—20 Teile auf 150—200 Teile Wasser mit 50 Teilen Elaeosaccharum Citri) gibt. Daneben frische Butter und Sahne in öfter wiederholten kleinen Mengen, wobei in 24 Stunden zirka 30 g Butter und wenigstens ein Viertelliter Sahne verabfolgt wird. „Diese auch unmittelbar nach einer Blutung zu reichende 24stündige Nahrung enthält ungefähr 900—1000 Kalorien, also das Doppelte oder noch mehr als Lenhartz im Anfang durchschnittlich empfiehlt“. Allerdings enthält diese Diät weniger Eiweiß, doch kann bekanntlich der Leim das Eiweiß, wenn auch nicht ganz, so doch zum Teile ersetzen.

[4]) C. A. Ewald: Magengeschwür und Magenblutung. Deutsche Klinik, Bd. 5, p. 501, 1904.

[5]) H. Senator: Ueber die diätetische Behandlung des Magengeschwürs. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.

Ohne mich von denselben Gesichtspunkten wie Senator leiten zu lassen, habe ich doch die Gelatine in Verbindung mit Fett in den letzten Jahren bei zahlreichen Magengeschwüren angewandt, nämlich überall da, wo eine Blutung stattgehabt hatte. Da ich aber den Begriff der Blutung hiebei nicht nur auf die manifesten, sondern auch auf die okkulten Blutungen ausdehne und die letzteren bei entsprechender Aufmerksamkeit viel häufiger gefunden werden, als man bisher annahm, so ist die Zahl der in dieser Weise behandelten Fälle eine recht große gewesen. Aber ich habe niemals oder doch fast niemals die Kranken mit Magenblutung unmittelbar nach eingetretener Blutung per os ernährt, sondern zu allermeist ein oder zwei Tage absoluter Karrenz vorangeschickt, in denen ich nur Nährklistiere gab. Im übrigen habe ich mich, allerdings mit geringen Abweichungen, wie sie die Natur des jedesmaligen Falles mit sich brachte, im ganzen und großen an das alte Schema einer vorsichtig abgemessenen Diät gehalten und habe niemals Ursache gehabt, mit dieser Art der Behandlung unzufrieden zu sein. Meines Erachtens muß man ganz streng zwischen zwei Kategorien von Kranken unterscheiden: solchen mit einer frischen Blutung bezw. einem frischen Geschwür und solchen, bei denen sich bereits ein älterer Prozeß vorfindet. Die ersteren verlangen eine ganz andere Behandlung wie die letzteren. Um aber eine greifbare Unterlage hierfür zu schaffen, habe ich aus den Krankenjournalen der inneren Abteilung des Augustahospitals die letzten 480 Fälle aus den Jahren 1895—1905 zusammengestellt.

Unter diesen waren Fälle mit:

Blutanamnese, resp. Blut bei der Aufnahme (inklusive der okkulten Blutungen)	195
keinem Blutbefund	253
während der Behandlung aufgetretene Blutungen	34
Zusammen	482

Diese letzten 34 Fälle teilen sich in zehn Fälle = 2·0% mit Spätblutungen, fünf Fälle, in denen die Blutungen unmit-

Digitized by Google

telbar an die erste Blutung angeschlossen waren und nicht als Rezidive betrachtet werden können. Nimmt man aber beide Kategorien zusammen, so ergeben sich 15 Fälle = 3·0%. Der Rest betrifft Fälle, bei welchen der Tod entweder im Anschluß an eine Operation oder an eine so schwere Blutung erfolgte, daß zwischen Blutung und Exitus nur eine geringe Spanne Zeit lag. Hier wurde durch die Sektion nachgewiesen, daß es sich um eine so tiefgreifende Gewebsläsion handelte, daß von einer therapeutischen Einwirkung überhaupt keine Rede mehr sein konnte. Berücksichtigt man aber die gesamte Zahl, so ergeben sich 7%. Demgegenüber haben Lenhartz—Wagner 8% und Wirsing 7·5% gefunden. Ich stehe also mit meinen 7% jedenfalls nicht schlechter da, wie die anderen Beobachter, obgleich ich mein Material durch Einbeziehung der okkulten Blutungen ungünstiger gestaltet habe. Wenn ich aber nur die Fälle mit Spätblutungen rechne, bezw. diejenigen der ersten zwei Kategorien rechne, so habe ich mit 3% Blutungen erheblich bessere Resultate aufzuweisen.

Ich muß aber gegen die von Lenhartz vorgeschlagene Diät von vornherein folgende Bedenken geltend machen, wobei ich mich zunächst nur auf die frischen Blutungen beziehe. Es ist wohl nicht zu leugnen, daß die Einführung von Milch oder sonstwie gearteten Nährmitteln in den Magen denselben zu Kontraktionen anregt und damit die Gefahr der Abstoßung des eventuell gebildeten Thrombus mit sich bringt. Sodann wissen wir, daß die beste Bedingung für die Heilung des Geschwürs die Zusammenziehung der Magenwand ist, die nicht oder nur unvollkommen stattfinden kann, wenn der Magen mit Flüssigkeit belastet wird. Endlich empfinden die meisten Kranken nach der Nahrungsaufnahme Schmerzen und sollte schon aus diesem Grunde der Magen geschont werden. Nun ist es allerdings richtig, worauf auch Wirsing aufmerksam macht, daß gerade nach frischen Blutungen eine größere Toleranz gegen Nahrungseinfuhr hinsichtlich der subjektiven Schmerzempfindung zu bestehen scheint, als bei älteren Prozessen. Indessen dürften die beiden erstgenannten Motive für sich allein schon schwerwiegend genug sein, um sie nicht ohne zwingenden Grund zu vernachlässigen. Zu Gunsten der Lenhartzschen Diät wird angeführt, daß die Magengeschwüre zumeist anämischem und chlorotischem Boden erwachsen. Je schneller und ausgiebiger man denselben kräftige, desto besser für den Kranken und für die Schnelligkeit des Heilerfolges. Ich habe aber schon an anderer Stelle darauf aufmerksam gemacht, daß die anfängliche Unterernährung, wie sie durch die Anwendung der Nährklistiere bedingt ist, sehr schnell durch weitere Ernährung ausgeglichen werden kann, sobald die erste Gefahr überwunden und die Empfindlichkeit der ulzerierten Stelle abgenommen hat. Daß aber die Blutung durch eine auch noch so blande Diät immer wieder angefacht werden kann, dafür habe ich zahlreiche Krankengeschichten als Beweisstücke in Händen. So heißt es bei dem 36jährigen Arbeiter F. Z., der am 14. Oktober 1905 mit einer für Magengeschwür charakteristische Anamnese aufgenommen wurde: Bei der Aufnahme Mageninhalt und Stuhl mit positiver Blutreaktion. Dasselbe wird zwei Tage später angegeben, nachdem der Patient nur kleine Mengen Milch und Schleimsuppen bekommen hatte. Darauf wurde die ausschließliche Rektalernährung vorgenommen und nun wurde der Stuhl blutfrei und blieb bis auf weiteres so, obgleich nach drei Tagen wieder eine Ernährung per os eintrat. Wie schon gesagt, gehen die Gewichte schnell in die Höhe. Wenn der Kranke am vierten Tage stündlich 50 g Milch und 15 g Sahne bekommt, so sind dies 380 Kal. Vom sechsten Tage an bekommt er 70 g Milch und 20 g Sahne — 532 Kal., vom neunten Tage zweistündlich 120 g Milch, 30 g Sahne, 3 Eier — 792 Kal. und am elften Tage sind wir schon durch Zugabe von Zwieback und Schleimsuppe und 150 g Milch auf 1537 Kal. angelangt. Die Gewichte steigen zum Beispiel bei diesen Kranken von 72 in achttägigen Intervallen auf 73, 73½, 74½, 77 kg., wobei zu bemerken ist, daß der Patient erst am sechsten Tage

Digitized by Google

nach der Aufnahme gewogen wurde. In einem anderen Falle, wo das Gewicht bei der Aufnahme festgestellt wurde, sind die betreffenden Zahlen $54^1/_2$, $52^1/_2$, 53, 54, 57·7, $59^1/_2$, 62, 64. Solche Gewichtszunahmen haben wir regelmäßig zu verzeichnen; wenn sie nicht eintreten, sind besondere Komplikationen vorhanden. Man ersieht hieraus, daß sich auch bei einer vorsichtig gewählten Steigerung der Diät eine schnelle Aufbesserung des Körpergewichtes und damit des Kräftezustandes erzielen läßt. Es kommt eben vor allem darauf an, zunächst das Geschwür zur Heilung zu bringen oder doch wenigstens durch Ausschluß jedes Reizmomentes soweit zu schonen, daß ohne subjektive oder objektive Schädigung eine ausgiebigere Nahrung vertragen wird, dann gelingt es leicht und schnell, den Kräftezustand zu heben. Wenn ferner noch zu Gunsten einer von Anfang subtantiellen Diät angeführt wird, daß die Kranken schneller ihre Krankheit überstehen, so scheint mir dieser Punkt, sowohl für die Krankenhausbehandlung wie in der Privatpraxis, nicht von so einschneidender Bedeutung zu sein, um deshalb die nötige Vorsicht außer acht zu lassen. Ich halte es also bei frischen Blutungen, mögen sie nun manifester oder okkulter Art sein, unter allen Umständen für richtig, den Magen zunächst auf einige Zeit aus der Arbeit auszuschalten, genau so, wie man einen gebrochenen Knochen ruhig stellt und aus der Bewegung ausschaltet.

Wesentlich anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich um ältere nichtblutende Geschwüre handelt. Hier ist es falsch, sich an ein Schema ein- für allemal zu halten, vielmehr muß man sich von der Art und Toleranz des jeweiligen Falles leiten lassen. Sind die Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme sehr groß, so wird man auch hier zunächst den Magen schonen und wenn selbst kleine Mengen reizloser Flüssigkeit nicht vertragen werden, Nährklistiere geben. Andernfalls kann man mit kleinen Mengen Milch am besten Pengninmilch, Milch-Mehlsuppen, Fleischbrühen, in denen ein Ei abgezogen ist, geschlagenem Eierweiß oder Ganzei anfangen. Da die Absonderung der Salzsäure und des Pepsins bei den Magengeschwüren in der Regel nicht verändert, meist sogar gesteigert ist, so bevorzuge ich diese Nährmittel vor den sogenannten Schleim- und Mehlsuppen, deren Kohlehydrate in dem sauren Mageninhalt weniger gut verdaut werden. Besteht Hyperchlorhydrie, so wird man durch Betonung der Fette, durch Darreichung von Sahne, Butter eventuell Oel, nicht abgefettete Fleischbrühe, eine Herabminderung der starken Säuresekretion erzielen können. Hier hängt naturgemäß alles von dem subjektiven Befinden des Kranken ab. Gelingt es nicht, von der Ruhestellung des Magens ausgehend, unter einer vorsichtig gesteigerten Diät die Ulkusbeschwerden im Verlaufe einiger Wochen zu beheben, dann liegen entweder besondere Komplikationen, perigastritische Verwachsungen und dergleichen vor, die nur auf operativem Wege beseitigt werden können, oder es handelt sich um Neurosen, die dann eine ganz andere und sich lang hinziehende Behandlung bedingen.

REFERATE.

Innere Medizin.

Arteriosklerose.

1. **Arteriosklerose als Allgemeinerkrankung.** Von Alfred Stengel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die Therapie der Arteriosklerose.** Von James Barr. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

I. Erst die Gegenwart schätzt die Arteriosklerose richtig in ihrer Bedeutung für den Gesamtorganismus ein, während man früher nur mechanische Kreislaufstörungen und Neigung zu Embolie und Thrombose von ihr ableitete. Man kann

Digitized by Google

drei Stadien der Sklerose unterscheiden: 1. ein erstes, das schwer zu erkennen ist und bei dem die Symptome der Sklerose selbst schwer von denen der ätiologischen Momente zu scheiden sind; 2. ein zweites, dessen Diagnose leicht ist, bei dem jedoch noch keine wesentlichen sekundären Organveränderungen bestehen; 3. das Endstadium mit Zirkulationsschwäche, schweren Organveränderungen. Für die erste Periode hält Vf. einen Verlust der Elastizität der Gefäße und eine Herabsetzung des Blutdruckes für die typische Veränderung, während konstante Druckerhöhung schon fertige Sklerose bezeichnen soll. Die Symptome der Früharteriosklerose sind teils Ernährungsstörungen (Kräfteabnahme), teils Störungen neurasthenischer (Gemütsdepression und leichte Ermüdbarkeit mit leichten Zirkulationsstörungen), teils nervöser Natur (Migräne, Neuralgien). Im zweiten Stadium findet man neben den ausgeprägten Zeichen der Gefäßverdickung nephritische (Albuminurie) und myokarditische (Arrhythmia cordis) Symptome, auch Gehirnerscheinungen, seltener solche von Seiten der Leber oder des Pankreas. In dem dritten Stadium bietet die Erkennung des Zusammenhanges wohl nie irgend welche Schwierigkeiten. Von der im höheren Alter normalen Arteriosklerose unterscheidet sich die präsenile durch rascheren Verlauf und stärkere Mitbeteiligung der Organe, anatomisch durch Bildung kleinerer Herde; je ausgebreiteter und gleichmäßiger der Prozeß in den Arterien ist, umsomehr nähert sich das Bild dem gewöhnlichen senilen Typus. — (Philadelph. County. Med. Soc., 13. Dez. 1905; Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 9, 1906.)

2. Barr erörtert zunächst die ätiologischen Momente der Arteriosklerose, deren Behandlung bezw. Vermeidung von Wichtigkeit für die prophylaktische Behandlung der Arterisklerose ist: Syphilis, akute Infektionskrankheiten (zahlreiche Agglutinationsversuche sprechen mindestens nicht dagegen, daß den Toxinen des Kolibazillus eine Rolle zukommt), Bleivergiftung, alle Druckerhöhung bedingende Momente, Alkohol, zu viel N enthaltende Kost, schwere Arbeit und Erkältungsschädlichkeiten. Bei der Behandlung der Erkrankung selbst ist das Wichtigste die Diät, in erster Linie die Beschränkung der Eiweißzufuhr, die nach den Arbeiten Chittendens für lange Zeit recht weit getrieben werden kann; Vf. berichtet über weitgehende Besserung einer arteriosklerotischen Schrumpfniere mit Urämie und Netzhautblutungen bei jahrelanger Beobachtung eines eiweißarmen Regimes. Der beste Eiweißträger ist Milch; sehr zu achten ist darauf, daß gut gekaut wird. Neben der Diät ist wichtig die Sorge für Bewegung und Uebung des Körpers, vorsichtig individuell abgestuft. Auch Badekuren sind oft von großem Nutzen; neben englischen Bädern nennt Vf. Vichy, Aix-les-Bains und Nauheim; bei letzterem wünscht er Entfernung des „Charlatanismus", der oft vorhanden sei.

Medikamentös werden empfohlen: Thyreoidpräparate als Gefäßdilatatoren; Jodpräparate, die oft noch besser wirken als Thyreoidea; ihr Effekt beruht zum Teil auf ihrer Reizwirkung auf die Schilddrüse; Adrenalin, das zwar an sich den Blutdruck steigert, aber in Verbindung mit Jod oder Schilddrüse gute Dienste als Gefäß- und Herztonikum leistet; Zitrate, die einen entkalkenden Einfluß auf das Blut haben sollen; Benzoate, die günstig auf die Elimination der Purinkörper wirken sollen; Sulfate und Sulfite als Abführmittel; Blutdruck herabsetzende Mittel, wie Nitrite. — (The Brith. Med. Journ., 20. Jänner 1906.)

Lungentuberkulose.

1. Behandlung der Lungentuberkulose mit Injektionen von Bakteriolysinen in das Lungenparenchym. Von Sp. Livierato. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. Zur Behandlung der Tuberkulose mit Marmoreks Antituberkuloseserum. Von R. Sievers. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. Ueber die therapeutische Wirkung des Styrakols. Von N. Ulrici. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

4. Die Azidität von Urin und Blut bei der Lungentuberkulose. Von R. Massalongo und G. Zambelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

5. Wirkung der Gelatine auf den respiratorischen Stoffwechsel der Phthisiker. Von A. Robin

Digitized by Google

und M. Binet. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

6. Alkohol und Tuberkulose. Von Holitscher. Ref. F. Perutz, München.

1. Auf der Klinik Maraglianos wurden Versuche angestellt über die direkte lokale Beeinflußbarkeit tuberkulöser Erkrankungen durch intrapulmonale Injektion des Bakteriolysins. Als vorläufige Mitteilung berichtet Vf. über das Resultat bei einem 35jährigen Mann mit vorgeschrittener Tuberkulose beider Lungen, mit hohem Fieber und Kachexie. Er erhielt innerhalb 33 Tagen im ganzen 70 cm³ Bakteriolysin, steigend von 1—10 cm³ pro dosi, alle 2—4 Tage eine Injektion; als Ort der Injektion galt die rechte Regio infrascapularis, wo sich eine Kaverne befand. Das Resultat war negativ, was objektiven Lungenbefund und Körpergewicht anlangt; immerhin blieben beide stationär, während der Lungenbefund in den vier Wochen vorher trotz Krankenhauspflege sich stets verschlechtert hatte. Ein günstiges Resultat wurde dagegen erzielt bei Temperatur, Nachtschweißen und Auswurf. Die Temperatur, die vorher bis 39·5° ging, zeigte während der Behandlung immer stärkere Tendenz zum Fallen und blieb nach Aussetzen der Behandlung normal, die Nachtschweiße schwanden fast völlig und die Menge des Auswurfes sank von täglich 130 cm³ auf 20 cm³. — (Gazz. degli osped., 18. Februar 1906.)

2. Sievers hat das Serum in drei Fällen angewendet. In einem ersten handelte es sich um eine Infiltration beider Spitzen mit leichten Temperatursteigerungen bei einem 34jährigen Manne. Er erhielt im ganzen innerhalb zweier Monate 352·5 cm³ Serum in 29 Injektionen, in steigenden Einzeldosen von 2·5—20 cm³. Am Schlusse der Behandlung war nach vorübergehender Besserung der Allgemeinzustand schlechter, das Gewicht geringer, der Lungenbefund insofern etwas besser, als das Rasseln weniger war. Zweimal war es zu Temperatursteigerungen bis 39° gekommen; lokal riefen die Injektionen in kleinen Dosen urtikariaähnliche Ausschläge, in größeren 1—2 Tage anhaltende Infiltrationen hervor. — Der zweite Fall betraf einen 50jährigen Mann mit den gleichen Befunden, fieberfrei. Der Patient, den eine vorangehende zweieinhalbmonatliche Behandlung im Krankenhause nicht gebessert hatte, erhielt innerhalb sieben Wochen 23 Injektionen mit im ganzen 251·5 cm³ Serum. Der Lungenbefund war unverändert, das Allgemeinbefinden verschlechtert, das Gewicht gesunken. Die der letzten Injektion folgende Induration führte zu einem großen Abszeß, der indiziert werden mußte. — Der dritte Patient war 21 Jahre alt und hatte geringe Veränderungen einer Spitze. Er erhielt 230·5 cm³ Serum in 21 Injektionen. Die Lokalreaktion war bei ihm nur gering. Die Lungenveränderungen waren am Schlusse eher mehr (mehr Rasseln), das Gewicht hatte um 2 kg zugenommen. Vf. hat nach diesen wenig ermutigenden Ergebnissen keine weiteren Versuche mehr gemacht. — (Finska läkaresällsk. handlingar Nr. 3, 1906.)

3. Ulrici hat das Styrakol, den Zimtsäureester des Guajakols, in etwa 40 Fällen von Lungentuberkulose jeden Stadiums und bei Lungenkranken mit verschiedenartigen Darmaffektionen angewendet, lauter Patienten der Heilanstalt Reiboldsgrün. In 13 Fällen von Lungentuberkulose ohne Darmstörungen, teilweise ganz schweren Fällen, wurde siebenmal ein günstiger Einfluß festgestellt, quoad Appetit, Allgemeinbefinden, Gewichtszunahme; verwendet wurden von dem Medikament dreimal täglich 1·0 in Tabletten, die übrigens gekaut werden müssen; das Mittel hat nur geringen und nicht unangenehmen Geruch und Geschmack, und wird gern genommen. Es hat weiter eine klinisch sehr wichtige Eigenschaft: seine beiden Komponenten wirken im Darm in hervorragendem Maße desinfizierend und fäulniswidrig. Vf. hat daher in etwa 20 Fällen von Diarrhöen bei Lungenkranken die Styrakolbehandlung versucht, und zwar alle Arten von schwerer Darmtuberkulose bis zum einfachen verschleppten Magendarmkatarrh. Es wurde in der Dosis von dreibis fünfmal täglich 1·0 in Tabletten- oder Pulverform gegeben. Durchwegs war der Erfolg sehr befriedigend: gleichzeitig mit der Zahl und Konsistenz der Stühle bes-

Digitized by Google

serten sich in allen Fällen das subjektive Befinden, vor allem Mattigkeit und Tenesmen, in den schweren Fällen auch die kolikartigen Schmerzen. Der faule widrige Geruch der Stühle schwand innerhalb einiger Tage und die Flatulenz ließ nach. Styrakol verdient deshalb als Antidiarrhoikum bei Phthisikern weitestgehende Berücksichtigung. Größere Reserve muß man sich natürlich bei der Beurteilung des Erfolges in den Fällen ohne Darmstörung auferlegen; immerhin glaubt Vf. zu dem Schlusse zu gelangen, „wenn es sich darum handelt, unter den zur Behandlung bei Lungenkranken empfohlenen Medikamenten eine Auswahl zu treffen, sollte das erst seit wenigen Jahren zur Geltung kommende Styrakol weitgehende Beachtung finden." — (Therap. Monatsh., Dez. 1905.)

4. Die Arbeit sollte die Angaben Canters nachprüfen, der (Rev. de Méd., April 1904) festgestellt hatte, daß eine normale Azidität der Säfte vor Tuberkulose schützt, daß Tuberkulose mit Hyperazidität derselben und mit Hypophosphaturie einhergeht, daß man durch Hebung der Azidität und Phosphatausscheidung (durch Darreichung von phosphorsauren Salzen und geringen Mengen anorganischer Säuren sowie durch fleisch- und kohlehydratreiche Kost) den Kampf gegen die Tuberkulose unterstützen kann. Die Autoren fanden zunächst die Tatsache bestätigt, daß Tuberkulöse sehr oft eine verminderte Harnazidität aufweisen, sowie eine verminderte Ausscheidung von Phosphaten, und zwar schien die Intensität dieser Verminderung im direkten Verhältnis zur Ausdehnung der Zerstörungen und dem Gesamtverlauf zu stehen; nur in den deletärsten Fällen, wo die Individuen von ihrem eigenen Bestand zehrten, kam es gerade zu hohen Säure- und Phosphatwerten. Die Darreichung von sauren Phosphaten in steigenden Dosen samt etwas Salzsäure vermochte durchaus nicht regelmäßig eine Besserung des Allgemeinzustandes und des Lokalbefundes zu bewirken; wohl aber konnte man als Regel aufstellen, daß, wenn es dieser Medikation nicht gelingt, die Azidität und Phosphatausscheidung zu steigern, die Krankheit stets rasch einen schlimmen Verlauf nahm. In einigen Fällen konnte bei der Darreichung der Phosphate eine lokale Reaktion beobachtet werden, vielleicht nur ganz zufällig, da sie gerade in Fällen, wo es gelang, die Azidität zu steigern, besonders oft fehlte. In diesen letzteren Fällen blieb die Azidität auch nach Weglassen der Medikation normal oder supernormal, und das Allgemeinbefinden machte gute Fortschritte. Konnten die Autoren so das Tatsachenmaterial Canters im wesentlichen bestätigen, so aber nicht seine Ansicht, daß die vermehrte Azidität es ist, die die Tuberkulose bekämpft; die Vermehrung der Azidität ist nach ihnen lediglich ein Zeichen einer allgemeinen regeren Tätigkeit des Organismus, einer Verbesserung der Verdauung und der Assimilation, und diese bekämpfen die Infektion. Das Verhalten der Harnazidität und Phosphaturie ist daher ein wertvolles Hilfsmittel für die Prognose der Phtise. — (Il Morgagni Nr. 1, 1906.)

5. Die von den beiden französischen Autoren angestellten Gaswechseluntersuchungen zeigen, daß die Gelatine einen hemmenden Einfluß auf die Verbrennungsprozesse ausübt. Man gibt sie bei Phthisikern in einer Tagesmenge von 20 g. Die sparende Wirkung zeigt sich aber nur, wenn die Gelatine regelmäßig genommen und gut ertragen wird, keine Verdauungsstörungen erzeugt und weiter, wenn keine Hämoptysen vorliegen. Man darf Phthisikern, die Gelatine bekommen, keine zu große Menge rohen Fleisches geben, da es so im Gegenteil die Zersetzungen beschleunigt, während kleine Mengen (100 bis 150 g) eher die Wirkung der Gelatine unterstützen. Was die Darreichungsform anlangt, so ist es zweifellos, daß die Gelatine des Handels, auch wenn sie gereinigt ist, von dem Magen der Tuberkulösen schlecht ertragen wird. Um ihren faden Geschmack zu verdecken, löst man sie in Fleischbrühe oder man mengt sie als grobes Pulver der Nahrung bei. Aber den meisten Kranken werde sie schließlich leidig, und es macht stets Schwierigkeiten, sie länger als einen Monat nacheinander nehmen zu lassen. Um dieser Schwierigkeit zu begegnen, gibt es in der ärmeren

Digitized by Google

Praxis kein anderes Mittel, als mit den Sehnen und Knochen eine Fleischbrühe herzustellen; ein Teil davon wird warm genommen, der Rest erkalten lassen und so als wohlschmeckende Beispeise genommen. In der eleganten Praxis ersetzt man die Gelatine des Handels durch leimhaltige Nahrungsmittel, wie Kalbskopf, Hammel- und Schweinefüße, Kalbsschenkelbrühe, Fruchtgelees — alles Nahrungsmittel, mit deren Hilfe man leicht die nötigen 20—30 g Gelatine einführen kann. — (Bull. de thérap., Bd. 151, H. 15, 1906.)

6. In einer polemischen Erwiderung auf Wolfs gleichnamige Arbeit in den Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose, Bd. IV, faßt H. alle Momente zusammen, die aus hygienischen und erzieherischen Gründen gegen die Darreichung alkoholischer Getränke in den Lungenheilanstalten sprechen, und weist auf die Rolle hin, die der Alkoholmißbrauch in der Entstehung der Tuberkulose spielt. All das führt zur gebieterischen Forderung, die Heilstätten alkoholfrei zu halten. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 11 und 12, 1906.)

Magen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Ueber Pepsin-Salzsäure als Stomachikum beim Kinde.** Von L. F. Meyer.
2. **Die Anwendung des Schweinemagensaftes bei der Behandlung der Säuglingsdyspepsie.** Von Von P. Nicolas.
3. **Studie über den Mageninhalt in 21 Fällen von Tabes, in 3 Fällen während gastrischer Krisen.** Von M. P. Smithwick.
4. **Mageninhaltsstauung mikroskopischer Art als Anzeichen für Magenkrebs an der kleinen Kurvatur.** Von V. Ziegler.
5. **Ueber die Milchsäurebildung bei Magenkrebs.** Von K. Sick.

1. Meyer sah bei vielen Säuglingen nach Verordnung von Pepsin, besser nach Pepsinalsäure, ein vermehrtes Nahrungsbedürfnis sich einstellen. Die Anwendung des Stomachikums darf nur in den Fällen geschehen, in denen gutes Allgemeinbefinden, gute Stühle, keine Zeichen sonstiger Erkrankung vorhanden sind, wo nur mangelhafte Appetenz vorliegt, infolge deren keine Gewichtszunahme erfolgen kann. Meyer stellt folgende drei Indikationen auf: 1. Säuglinge, die ohne jede nachweisbare Störung der Organe ungenügend trinken, 2. Säuglinge, die an der Brust tranken, aber beim Versuche, zu ablaktieren, den Appetit verloren haben, 3. Säuglinge, die sich in der Rekonvaleszenz akuter Erkrankungen, Anginen, Bronchitiden, Pneumonien, Furunkulosen, Abszessen etc. befinden, bei denen der Erfahrung nach die Kinder längere Zeit ungenügende Nahrungsmengen aufnehmen. Man verordnet Wittesches Pepsinpulver (1 Messerspitze) oder dieses gleichzeitig mit 2—4 Tropfen verdünnter Salzsäure oder 2—5 Tropfen Grüblerscher Pepsinlösung allein, stets vor der Mahlzeit. — (Aus dem städt. Kinderasyl zu Berlin. Ther. d. Gegenw., Nr. 5, Mai 1906.)

2. Es ist bei uns in Deutschland still geworden über die Behandlung gastrischer Affektionen mit Schweinemagensaft, nachdem die anfangs günstigen Berichte über das Heppsche Dyspeptin (L. Mayer) weiterhin keine Bestätigung gefunden hatten (Fritz Loeb, Erb, Fleiner etc.). Auch die vorliegende französische Arbeit kommt zu keinem besonders günstigen Urteil. Sie berichtet über die Anwendung des Dyspeptins in 10 Fällen von Säuglingsdyspepsie, und zwar erhielten die Kinder das Mittel bis zu dreimal täglich 1 Kaffeelöffel. Wohl schien das Mittel in einigen Fällen gut zu wirken, vielleicht dadurch, daß es fehlendes Pepsin zuführte; in vorgeschritteneren Fällen war es wirkungslos. Den Leser vermag aber die Lektüre der mitgeteilten Krankengeschichten nicht einmal davon zu überzeugen, daß in den günstig verlaufenen Fällen das Dyspeptin an dem günstigen Ausgang mitbeteiligt ist. — (Thèse de Paris, 1905.)

3. Das Resultat der Untersuchungen des Vfs. ist, daß bei der Tabes sowohl motorische wie sekretorische Funktionen häufiger unter- als übernormal sind, jedoch ist nichts davon für Tabes irgendwie charakteristisch. Während der gastrischen Krisen lagen die Funktionen eher noch mehr danieder als gewöhnlich, und in sehr schweren Anfällen war das Daniederliegen der Säuresekretion sehr hochgradig und

Digitized by Google

dauerte stundenlang. In einem Falle bestand ausgesprochene Hypersekretion. — (Boston Med. and Surg. Journ., Dezember 1905.)

4. Es gibt mikroskopische Speiserückstände, welche trotz vollkommen erhaltener Motilität des Magens sich vorfinden und gewisse Eigentümlichkeiten besitzen. Einmal besteht die Stauung mikroskopischer Mageninhaltsmengen am gleichen Tage unbegrenzt fort nach Entleerung des Magens von mikroskopischen Speiseresten bis zur nächsten Nahrungsaufnahme; sie ist nicht etwa nur noch eine Stunde nach jener zu finden; auch persistiert dieser tägliche Befund monatelang. Zweitens: ihr Hauptwert ist qualitativer Art; sie ist nicht nur quantitativ vom alten Begriff der Stauung zu unterscheiden; meistens ist sie nicht einmal der Vorläufer dieser. Drittens: sie ist ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, da sie sich so hartnäckig nur dann findet, wenn ein Teil der Magenwand an der kleinen Kurvatur oder in der Nähe derselben durch Induration starr geworden ist und die Peristaltik eingebüßt hat. Man untersucht auf sie, indem man zirka drei Stunden nach milchfreiem Probefrühstück oder 8—9 Stunden nach Probemahlzeit, nachdem man sich durch Ausheberung nach $2^1/_2$, bezw. 7 Stunden überzeugt hat, daß der Magen leer ist, oder auch erst am nächsten Morgen nochmals aushebert. Dabei nimmt man die im Sondenfenster oder Kopf der Sonde befindlichen, mehr oder minder schleimigen Massen zur mikroskopischen Untersuchung; sie sind die Träger der „mikroskopischen Stauung". Man findet, unabhängig von der Azidität, fast täglich da und dort einige Fettröpfchen, einige Stärkekörner, auch Muskelfasernreste vom Fleisch, und jedesmal konstant Oppler-sche Bazillen. Nie fehlen auch dabei Stellen, wo Leukozyt an Leukozyt liegt, was man bei einfachen chronischen Gastritiden selten findet. Dieser Befund bleibt wochen-, ja monatelang konstant. Besonderer Wert ist darauf zu legen, wenn auch nach Spülung des Magens mit Tee, Hopfenaufguß oder Höllensteinlösung am nächsten Tage die Stauung wieder zu konstatieren ist. Man findet bei anderen Affektionen mit Subazidität derartige Stauung fast nie; hie und da findet man wohl Oppler sche Bazillen, aber sie sind durch 1—2 Spülungen obiger Art auf die Dauer zu beseitigen. Bei jungen Magengeschwüren an der kleinen Kurvatur gibt es keine Stauung; bei alten ist sie zu finden, aber ohne die Hartnäckigkeit gegen Spülung. Bei krebsiger Degeneration ist sie konstant und durch Spülungen nicht zu beeinflussen, insbesondere können die Bazillen nicht ausgerottet werden.

Die Ursache der Stauung sieht Vf. darin, daß der Drüsensaftstrom an der indurierten Stelle fehlt, der bei normaler oder schleimiger Sekretion erheblichen Grades jede Auflagerung wegdrückt oder wegschwemmt, und daß gleichzeitig das zur Wegbeförderung mithelfende Agens, die Peristaltik, an dieser Stelle völlig wegfällt. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 58, H. 5 u. 6, 1906.)

5. Sick faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen: Die langen Milchsäurebazillen kommen im karzinomatösen Magen in überwiegender Menge vor und sind bei der Milchsäuregärung des Mageninhalts in erster Linie tätig. Die langen Bazillen haben eine über den Magenkrebs weit hinausgehende Verbreitung und können sehr häufig im Darmkanal von Kranken mit Anazidität oder Subazidität kulturell nachgewiesen werden. Häufig finden sie sich in der Mundhöhle Gesunder. Bei Fehlen von ulzeriertem Magenkrebs kommen die Bazillen nicht zu üppigerem Wachstum und bilden höchstens geringe Mengen von Fettsäuren. In vitro gedeihen die langen Bazillen ohne Eiweißkörper überhaupt nicht. Bei Anwesenheit von wenig Eiweiß oder von durch Kochen nicht koagulierbaren Eiweißarten ist die Säureproduktion geringer, es werden vorwiegend flüchtige Fettsäuren, nur äußerst wenig Milchsäure gebildet. Bei Zusatz von Eiweißkörpern in Gestalt von Extrakten aus Karzinomen oder zellreichen Organen (Thymus) oder von Blutserum steigt die Säureproduktion rasch an, und zwar unter Vorherrschen ätherlöslicher Säuren, hauptsächlich Milchsäure. Eine Reihe von Gründen spricht dafür, daß diese Einwirkung der Gewebsextrakte auf den Stoff-

Digitized by Google

wechsel der Bakterien als fermentativ zu bezeichnen ist. Voraussetzung für das Wachstum der langen Bazillen ist das Fehlen der freien Salzsäure im Magensaft, bezw. ihre Herabsetzung auf ganz geringe Mengen. Begünstigend wirkt die Störung der Magenmotilität. Ausschlaggebend für die Vegetation und die Milchsäuregärung sind die als Produkt der Selbstverdauung (Autolyse) des Krebses in den Magen abgesonderten löslichen Eiweißkörper, an die Fermentwirkungen gebunden sind. — Für klinische Untersuchungen ist zu beachten, daß der Nachweis flüchtiger Fettsäuren nicht ohneweiters im nämlichen Sinne verwertet werden darf, wie der sichere Nachweis von Milchsäure. Milchsäure in erheblicheren Mengen im Mageninhalt nachgewiesen, berechtigt zur Diagnose Magenkrebs. — (D. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 86, H. 4 u. 5, 1906.)

Diabetes mellitus. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Bedeutung kleiner Zucker- und Eiweißmengen im Urin.** Von R. W. Burnet.
2. **Erfahrungen mit Diabeteserin.** Von Aßmann.
3. **Ueber Diätregelung bei Diabetes mellitus.** Von Lenné.
4. **Zur Behandlung der Diabetes.** Von M. Fränkel.

1. Burnet hält den Begriff „physiologische Albuminurie" für nicht zu Recht bestehend; eine jede Albuminurie ist im weitesten Sinne pathologisch. Die Anwesenheit geringer Eiweißmengen ohne Zylinder oder erhöhten Druck bei jugendlichen Individuen ist zwar prognostisch meist günstig anzusehen, aber immerhin mit Ernst und Vorsicht zu behandeln. Wo eine solche möglich ist, ist oft eine Seereise von großem Nutzen; wo nicht, ist ein mildes Klima aufzusuchen, und wo der Patient an die Heimat gefesselt ist, soll er ein ruhiges, einfaches Leben führen und Temperaturwechsel, heiße Räume, langes Aufbleiben und Uebermüdung vermeiden, dabei langsam kleine Mahlzeiten und leichte Speisen essen. Was die Lebensversicherungen anlangt, so sollten sie derartige Kranke abweisen, solange die Albuminurie besteht; ist sie abgelaufen, so könnten sie zu erhöhten Prämien aufgenommen werden. — Prognostisch weniger günstig ist stets eine leichte Glykosurie aufzufassen, weniger im mittleren Lebensalter, wo sie bei guten Essern, gichtischer Diathese häufiger ist, als vielmehr im jugendlichen Alter, wo ihre Prognose sehr vorsichtig zu stellen ist; dauert sie länger an, so führt sie mit Wahrscheinlichkeit zu echtem Diabetes. — (The Brith. Med. Journ., 20. Juni 1906.)

2. Assmann hat nach der Empfehlung Fränkels sieben Fälle mit Diabeteserin behandelt und bei fünf derselben ein ganz wesentliches Herabgehen der Glykosurie beobachtet, bei einer nur mäßig strengen Diät. Nur bei zwei — jugendlichen — Individuen versagte das Mittel völlig, und Vf. glaubt daher, daß beim jugendlichen Diabetes die Theorien Fränkels nicht zu Recht bestehen, und daß es sich dabei wahrscheinlich um organische Erkrankung des Pankreas handelt. — (Medico Nr. 22, 1906.)

3. Lenné legt das Hauptgewicht auf das Eiweißkostmaß und dessen strenge Regelung. Er berechnet die Menge des abgebauten Materials aus den Stoffwechselendprodukten, und zwar der Einfachheit halber aus der 24stündigen Harnstoffmenge; aus den gefundenen Werten beurteilt er, ob der Eiweißumsatz ein krankhaft veränderter ist oder nicht. Zu diesem Zwecke muß man selbstverständlich die normale Größe des Eiweißumsatzes kennen; sie entspricht bei richtiger Ernährung im Mittel 0·37 g Harnstoff in 24 Stunden pro Kilogramm Körpergewicht, entsprechend 1·1 g Eiweiß. Man soll nun in jedem Falle versuchen, den Eiweißumsatz auf diesen Normalbedarf einzustellen; gelingt dies nicht, so hat man es mit einer vorgeschritteneren Form der Krankheit zu tun. Was die Qualität des Eiweißes anlangt, so hat Lenné bisher in praxi keine Unterschiede bei der Verwendung verschiedener Arten gefunden; eine Beschränkung erscheint also hierin vorerst nicht nötig. — Eine einfache Beschränkung der Kohlehydrate führt nur in den leichteren Fällen zur Zuckerfreiheit, bei den schwereren dauert die Glykosurie fort, und wir haben zu erwägen, ob die strengere Ernährungsform

Digitized by Google

angebracht ist. Unter allen Umständen ist das Stickstoffgleichgewicht ins Auge zu fassen: „Ist dieses vorhanden bei normalem Eiweißbedarf, so kann man mit der Entziehung der Kohlehydrate fortfahren, bis die Glykosurie geschwunden ist. Findet man aber Stickstoffgleichgewicht bei erhöhtem Eiweißumsatz, dann gehe man mit der Entziehung der Kohlehydrate langsam vor. Nimmt mit der Glykosurie auch die Höhe des Eiweißbedarfes ab, so kann man die Kohlehydratzufuhr dreister beschränken, eventuell bis zur Behebung der Glykosurie, jedenfalls aber nur solange, als der Eiweißbedarf nicht gesteigert wird. In jenen Fällen, in welchen der Organismus überhaupt nur bei vermehrtem Eiweißumsatz auf dem Gleichgewicht zu beharren vermag, kann und soll man mit der Entziehung der Kohlehydrate so lange fortfahren, als sich keine Steigerung des Eiweißumsatzes bemerkbar macht. Das Verhalten der Glykosurie kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Als dritte Kategorie der Erkrankungen könnte man diejenigen bezeichnen, bei welchen trotz erhöhter Eiweißzufuhr und dieser entsprechender Eiweißzersetzung das Stickstoffgleichgewicht nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Hier wird man am vorsichtigsten mit Entziehung von Kohlehydraten vorgehen, zumal wenn stärkere Azidose vorhanden ist, was meistens beobachtet wird. Dies sind die Fälle, bei welchen eine Vermehrung der Kohlehydratnahrung nicht selten einen außerordentlich günstigen Einfluß auf den Eiweißumsatz bewirkt."

Eine Skala der Assimilationsfähigkeit der Kohlehydrate aufzustellen, hat keinen Wert; man muß vielmehr von Fall zu Fall die Assimilationsgröße der verschiedenen Kohlehydrate feststellen. Die vorgeschlagenen Hafermehl-, Milch- etc. Kuren bringen nur einen neuen Beweis für die Ansicht des Vfs., daß man alle Arten von Kohlehydraten bei Ernährung des Diabetikers verwenden darf, wenn man nur die Assimilationsgröße des betreffenden Kohlehydrats feststellt, keine größeren Einzelgaben verabreicht und diese nicht in zu kurzen Zwischenräumen gibt. Für vorteilhafter als diese ausgesprochenen Kuren hält es Vf., mit den Kohlehydraten zu wachsen.

Was das Fett anlangt, so wird, wenn es auch als Zucker- und Säurequelle anzusehen sein sollte, seine Verwendbarkeit dadurch in keiner Weise beschränkt. — Bezüglich der Behandlung der Azidose ist zu unterscheiden, ob Stickstoffgleichgewicht oder Unterbilanz vorliegt. Im ersteren Falle bringt Beschränkung der Fettzufuhr oder ein Wechsel der Fettart (Aussetzen der Butter) die Azidose zum Schwinden. Im letzteren Falle sind große Gaben Alkali (100—200 g) Na. bic. in 24 Stunden, und reichliche Ernährung bei möglichst freier Kohlehydratzufuhr am Platz. Die vornehmste Aufgabe wird stets sein, Stickstoffgleichgewicht herbeizuführen. — Mit Hungertagen sei man bei drohender Azidose vorsichtig. — Alkohol ist als belebendes, anregendes Element zu schätzen; seinen Nährwert schlägt Vf. nicht hoch an. Gemüse sind sehr nützlich; was Brot anlangt, so ist das beste das, welches bei minimalem Eiweißgehalt möglichst wenig und möglichst schwer resorbierbare Kohlehydrate enthält. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

4. Die Zuckerbildung in der Leber wird durch anregende und hemmende Einflüsse reguliert. Die Anregung erfolgt von einem Zuckerzentrum in der Medulla oblongata; neben Reizung des Zentrums führt auch Reizung einer Stelle der von ihm zu der Leber hinführenden Bahn — Rückenmark, Sympathikus, Splanchnici — zur Zuckerausscheidung; sie bewirkt größeren Blutreichtum mit langsamerer Passage des Blutes in der Leber, Stagnation desselben, damit reichlicheres Entstehen des das Glykogen in Zucker umwandelnden Ferments und so Glykosurie. Das Zuckerzentrum steht weiter mit einer großen Zahl zentripetaler Nervenbahnen in Verbindung, und durch Reizung dieser Nerven — z. B. bei größerem Bedarf an Zucker in den von ihnen versorgten Gebieten — kann es auf dem Reflexweg zu einer gesteigerten Zuckerbildung in der Leber kommen. Außer der erwähnten Wirkung der Vasomotoren kommt auch ihr trophischer Einfluß in Betracht: Lähmung derselben führt zu Ernährungs-

Digitized by Google

störungen, damit zu erhöhtem Blutkörperchenzerfall und somit in der Leber zu stärkerer Zuckerbildung. Noch ist hier der Einwirkung des Vagus zu gedenken: Schon seine Ursprungsstelle ist dem vasomotorischen Zentrum eng benachbart; weiter besitzt er die Zuckerbildung direkt erhöhende Fasern, die in den Lungenzweigen mit verlaufen (Zusammenhang von Diabetes und Tuberkulose!). Die Schädigungen, die den Vagus ergreifen, sind bei der Entstehung des Diabetes äußerst wichtig, und die Komplikation von Infektionskranheiten, von Intoxikationen, von organischen und funktionellen Nervenkrankheiten mit Diabetes hängt sicher häufig mit einer Schädigung des Vagus zusammen.

Nach diesen Ausführungen wird es also bei der Bekämpfung des Diabetes unsere Aufgabe sein, „auf den Vagus, Sympathikus und auf das vasomotorische Zentrum anregend zu wirken, um die vorhandene Stagnation, besonders in der Leber, zu heben, kräftigeren Konflux nach den Därmen herbeizuführen, um die Leber zu entlasten, die entstandenen Schädigungen zu entfernen, eine normale oder wenigstens verbesserte Zirkulation herzustellen und den Stoffwechsel zu stärken". Nicht anders haben wir zu handeln, wenn wir einen auf Pankreasstörung beruhenden Diabetes annehmen; denn wahrscheinlich handelt es sich bei dem Ausfall der Pankreasfunktion — die als eine die Zuckerbildung hemmende aufzufassen ist — in erster Linie nicht um organische Veränderungen, sondern um solche der Zirkulation. Auch bei Fällen von Diabetes mit Arteriosklerose handelt es sich wohl um eine mangelhafte Ernährung oder einen Reiz auf die für die Zuckerökonomie des Körpers wichtigen Teile des Gehirns.

Fränkel glaubt in dem Eserin ein Mittel gefunden zu haben, das den genannten Indikationen genügt; er hat es in 50 Fällen zur Verwendung gebracht. Die Dosis betrug 3—4mal täglich 0·5 bis 0·8 mg; er sah nie üble Nachwirkungen. Gelegentlich kombinierte er es mit 0·3 mg Atropin. Anfangs wurde das Eserin in Tropfen, dann in Pulvern, dann als Spezialpräparat, dem Diabeteserin (von W. Natterer, München), einer Verbindung mit den Salzen des Trunecekschen Serums, verwendet. Mit Diabeteserin wurden im ganzen 29 Fälle behandelt, von denen 22 einen günstigen Verlauf zeigten, während fünf nur geringe, zwei gar keine Besserung aufwiesen. Vf. wird die einzelnen Fälle später genauer schildern; daher sei hier nur bemerkt, daß es in der Tat den Eindruck macht, als vermehre das Diabeteserin die Toleranz für Kohlehydrate; ein Heilmittel für den Diabetes ist es natürlich nicht und erhebt auch keinen Anspruch, es zu sein. Auf Durchführung einer strengen Diät verzichtet Fränkel bei seiner Kur, wird dabei allerdings nicht auf die Zustimmung weiter Kreise rechnen dürfen; denn trotz aller Medikamente ist und bleibt sie auch zunächst noch unsere beste Waffe gegen den Diabetes. — (Med. Klinik Nr. 55 u. 56, 1905.)

Organotherapie.

1. **Renale Opotherapie.** Von H. Long. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Beitrag zum Studium der renalen Opotherapie.** Von J. Michel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Neutralisierende Einwirkung des Nierensafts auf den toxischen Einfluß des urämischen Blutes.** Von A. Piy Suñer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Die ovariale Organotherapie.** Von Dr. G. M. Uspenski. Ref. G. Wiener, München.
5. **Neue Indikationen für Anwendung des Hodenextrakts.** Von C. Barot. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
6. **Zur Entfettungstherapie.** Von Rheinboldt. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Eine große Reihe von Arbeiten romanischer, ganz besonders französischer Autoren haben sich in den letzten zehn Jahren mit der Frage der Opothérapie rénale, der Behandlung der Nephritis mit Nierenextrakt, nach ihrer theoretischen und praktischen Seite hin beschäftigt. Bei uns und in Deutschland ist es bis jetzt ganz still darüber geblieben, und doch, will man nicht gerade eine psychische Epidemie annehmen, so muß man zum Glauben kommen, daß an der Sache wenigstens irgend etwas sein muß. Ref. hat daher im

Digitized by Google

vorigen Jahre (Fortschr. d. Medizin, Nr. 27/28, 1905) den Versuch gemacht, die Aufmerksamkeit der deutschen Aerzte auf diese Frage zu lenken, bis jetzt allerdings, von einer zustimmenden Rezension von Bloch-Coblenz in der Zeitschr. f. Diät und phys. Ther. abgesehen, ohne Erfolg.

Die vorliegende Dissertation Longs ist auch ein Sammelreferat. Er gibt zunächst eine Geschichte der Opothérapie rénale, aus der wir entnehmen, daß dieselbe nicht etwas prinzipiell Neues darstellt, sondern schon von den Aerzten der Römer, Araber und des Mittelalters geübt wurde. Es folgt eine Auseinandersetzung über die theoretischen Grundlagen der Organotherapie, über die Lehre von der inneren Sekretion der Niere, wie sie von Brown Séquard begründet und seitdem in einer großen Menge von Arbeiten ausgebaut wurde, über den Sitz dieser Sekretion in den „grains de ségrégation" der Epithelien der Tubuli contorti. Wichtiger für uns ist der nächste Abschnitt, der die Darstellung der opotherapeutischen Präparate betrifft. Was zunächst die Wahl der Tiere anlangt, von denen man die Niere entnimmt, so ist man mehr und mehr dazu gekommen, sich auf die Schweineniere zu beschränken, u. a. schon deshalb, weil dieselbe relativ selten Krankheiten ausgesetzt ist; die Niere junger Tiere soll wirksamer sein. Die Art der Präparation war eine sehr verschiedene. Sehen wir von der nur in Ausnahmefällen versuchten Darreichung roher Nieren ab, so hat man in den ersten Jahren der Opotherapie ein Glyzerinextrakt der Niere, das Nephrin, verwendet: Man ließ klein geschnittene Nieren in reinem Glyzerin 24 Stunden mazerieren, verdünnte mit Kochsalzlösung auf $^1/_5$ bis $^1/_{10}$ und verwendete die Lösung nach verschiedenen anderen Prozeduren zu ein bis mehreren Kubikzentimeter zur subkutanen Injektion; man hat diese Art der Darreichung jetzt fast allgemein verlassen, da sie als durchaus nicht ungefährlich erkannt wurde. Ganz ähnlich erging es den von einigen Autoren verwendeten Injektionen von defibriniertem Blut der Nierenvene. Hauptsächlich angewandt wird zur Zeit das wässerige Extrakt der Niere nach Dubois und Renaut: 200 g Niere von jungen, frisch geschlachteten Tieren werden von Kapsel und dem Markteil (das keine grains de ségrégation enthält) befreit, klein geschnitten, gut gewaschen, zerquetscht, in 450 cm^3 physikalischer ClNa-Lösung einige Stunden mazeriert, durch ein Leintuch filtriert; das Filtrat wird in mehreren Dosen tagsüber getrunken. Dies wird zehn Tage lang gegegeben, dann fünf Tage pausiert. Es sind Geschmackskorrigentien nötig (Bouillon, Sirup). Vf. gibt nur das Extrakt einer Niere pro die, während Renaut bis zu drei Nieren geht. Vergessen hat Autor die Erwähnung des „Renaden", eines von Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. hergestellten getrockneten Nierenextrakts, das besonders von italienischen Kinderärzten gelobt wird.

Ueber die klinischen Resultate, die vom Vf. sehr ausführlich wiedergegeben werden, gehen die Urteile sehr weit auseinander. Während einige von ihr gar keine Erfolge, ja nur Verschlechterungen gesehen haben, heben andere die Methode in den Himmel; liest man die Krankengeschichten unbefangen, so wird man vieles, was von den Autoren der Opotherapie gutgeschrieben wird, anderen Faktoren zuschreiben müssen. Ref. hat es den Eindruck gemacht, als ob in der Tat in manchen Fällen der Darreichung des wässerigen Extraktes nach Renaut auffallende Besserung folgte; aber es scheint, daß nicht eine spezifische Wirkung auf die Nierenelemente, wie die meisten französischen etc. Autoren annehmen, vorliegt, sondern lediglich eine diuretische Wirkung; durch sie werden auch zweifellose Erfolge erklärt in Fällen, die die Franzosen wohl als Urémie bezeichnen, wir aber stets als inkompensierte Myodegeneratio cordis anzusehen gewöhnt sind. Uebrigens ist nach den Untersuchungen der Schule Arnozaud in Bordeaux auch die Renautsche Mazeration kein ganz harmloses Mittel.

Auch die Lektüre der acht von Long mitgeteilten Fälle hat Ref. nur in dieser seiner Ansicht bestärkt. Der Haupteffekt der Nierenmazeration ist die Hebung

Digitized by Google

der Diurese, daher seine Wirkung in den Fällen, wo es sich um Harnverminderung und Oedembildung handelt (auch Long bleibt uns den Beweis dafür schuldig, daß es sich in einem Teile seiner Fälle, wo die Diurese mächtig angeregt wurde, wirklich um eine Nieren- und nicht um eine Herzinsuffizienz gehandelt hat; mikroskopische Harnuntersuchungen fehlen in diesen Fällen!); mit der Hebung der Diurese geht natürlich die Albuminurie herab, steigt die Ausscheidung des Harnstoffes und der Salze, bessert sich das Allgemeinbefinden. In den Fällen, wo es sich sicher um parenchymatöse Veränderungen schwererer Art handelt, versagt auch bei Long die Opotherapie.

Als Indikation für Anwendung der Opotherapie betrachtet Vf. fast alle Arten Nierenerkrankungen, besonders aber Urämie oder drohende Urämie; auch eine periodische Behandlung chronischer Nephritiden mit Opotherapie hält er für angezeigt; als Kontraindikationen betrachtet er schwere Herz- und Lungenveränderungen. — (Thèse de Montpellier, 1905.)

2. Gibt man Meerschweinchen Nierensubstanz 10 Tage lang in einer täglichen Dosis von 10 g per Kilogramm Tier, so konstatiert man eine ganz beträchtliche nephrotoxische Wirkung: Man beobachtet Abmagerung und Albuminurie, und das Mikroskop zeigt an den Nieren die Veränderungen einer parenchymatösen Nephritis. Gibt man die Nierensubstanz in Glyzerin, so ist jene Wirkung noch ausgesprochener, denn das Glyzerin ist auch in der angewendeten Verdünnung (33%) ein Nierengift. Die von Renaut angegebene Nierenmazeration (ohne Glyzerin!) bringt klinisch eine günstige Wirkung nach zwei Richtungen hin hervor: sie bringt eine beträchtliche Diurese zustande und vermindert die Erscheinungen der urämischen Intoxikation; aber ihre Einwirkung auf die Albuminurie ist gering und inkonstant; während letztere in gewissen Fällen herabgeht und sogar verschwindet, weicht sie in anderen nicht, und in noch anderen steigt sie nach Weglassen des Medikaments stark an; gar nicht selten beobachtet man sogar nach Weglassen der Mazeration eine schwere Verschlimmerung der Krankheit.

Nachdem die Experimente am Meerschweinchen gezeigt haben, daß die Darreichung von Nierensubstanz für die Niere des betreffenden Menschen bezw. Versuchstieres keineswegs ein harmloser Eingriff ist, ist es nötig, die Dosis festzustellen, in der die Nierenmazeration ohne Schaden verabreicht werden kann, und klar für ihre Verabreichung Indikationen und Kontraindikationen aufzustellen. — (Thèse de Bordeaux, 1905.)

3. Spritzt man einem gesunden Tiere Blut eines urämischen Tieres ein, so wird die Diurese geringer, bezw. sistiert ganz. Das urämische Blut wirkt also auf die Nierenepithelien spezifisch im Sinne einer Sekretionshemmung ein. Es steht jedoch der Niere ein Gegengift gegen diese toxische Einwirkung des urämischen Blutes zur Verfügung. Diese antitoxische Substanz läßt sich aus der Niere durch Extraktion mit physiologischer Kochsalzlösung oder Glyzerin gewinnen. Die antitoxische Wirkung des Extrakts läßt sich sowohl in vitro als auch in vivo demonstrieren, letzteres an den Urinmengen, die die Versuchstiere ausscheiden, je nachdem man der Injektion urämischen Blutes derartigen Nierensaft nachfolgen läßt oder nicht. Dabei sind die Experimente mit Glyzerin beweisender, da bei ihnen eine etwaige Erklärung der Heilerfolge durch osmotische Kräfte wegfällt. Die bei derartigen Experimenten auftretende Albuminurie mag in manchen Fällen auf den giftigen Einfluß des urämischen Blutes zu beziehen sein, braucht es aber nicht; denn Piy Suñer hat in einer großen Anzahl von Versuchen gesehen, daß eine solche Albuminurie nicht nur eintritt, wenn man das Blut einer anderen Spezies, sondern auch, wenn man größere Mengen des Blutes der eigenen Spezies injiziert. Die Ergebnisse des spanischen Autors bilden eine theoretische Stütze für den Gebrauch der Nierenpräparate bei Nierenerkrankungen. — (Compt. rend. hebd. de Biol. Nr. 27, 1905.)

4. Zahlreiche Beobachtungen beweisen, daß die Eierstöcke eine eminente Rolle im Leben der Frau spielen. Nach der Kastra-

Digitized by Google

tion, sowie der Atrophie der Ovarien treten die lästigsten Krankeitserscheinungen auf: Blutandrang zum Kopf, Schwindel, Ohrensausen, allgemeines Schwächegefühl, manchmal sogar Ohnmachten. Die Gemütsstimmung derartiger Frauen ist sehr veränderlich, meist hypochondrisch, sie sind ängstlich, unruhig, werden sogar von Selbstmordgedanken gequält. Die Gerichtsmedizin hat festgestellt, daß die Mehrzahl der Selbstmörderinnen auf die Zeit der Menopause entfällt. Als Folgeerscheinungen nach der Kastration werden außerdem verschiedene Hautkrankheiten beobachtet: Erytheme, Urtikaria, Ekzeme, Purpura. Trotzdem nehmen die kastrierten Frauen an Gewicht zu, da eine Anhäufung des Fettgewebes stattfindet.

Es ist festgestellt, daß die Ovarien die allerschwersten Verwundungen ertragen können; sogar der Verlust von $^5/_6$ seiner Substanz hindert das Ovarium nicht, vollständig zu regenerieren. Morris (New-York) hat zuerst versucht, die Ovarien bei Frauen zu transplantieren, um die schweren Folgen der Kastration aufzuheben. Die Literatur kennt im ganzen 20 solcher Operationen; es gibt Autotransplantation (Versetzung des Ovars derselben Frau von einem Ort an einen andern), Heterotransplantation (von einer Frau auf eine andere). 16 der obigen Operationen gehören der ersteren Kategorie an.

Die Behandlung mit Ovarialextrakt, Ovarin, wurde bei folgenden Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane mit Erfolg angewandt:

1. gegen die akuten Erscheinungen der Kastration oder die künstliche Menopause (300 Fälle). Einige Symptome schwinden oft schon am zweiten oder dritten Tag, die anderen nach 10 oder 12 Tagen;

2. gegen die durch die physiologische Menopause bedingten Störungen;

3. gegen die durch Mängel der Geschlechtssphäre bedingten Störungen (Sistieren der Entwicklung der Geschlechtsorgane, pathologische Veränderungen: Amenorrhöe, Dysmenorrhöe);

4. gegen die Bleichsucht oder Chlorose;

5. gegen die Basedowsche Krankheit;

6. gegen Nervenerkrankungen;

7. gegen die Knochenerweichung;

8. gegen die Hämophilie. — (Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 7, 8 u. 11, 1906.)

5. Barot hatte Gelegenheit, drei Patienten mit kongenitalem Hodendefekt, bei denen chronische, seit Jahrzehnten bestehende Unterschenkelgeschwüre vorhanden waren, mit Hodenextrakt zu behandeln und erzielte bei zweien einen vollen Heilerfolg, während bei dem dritten, der zugleich an einem Schenkelhalsbruch litt, nur Besserung erreicht wurde. Benützt wurde zuerst selbst bereiteter Extrakt (1 Teil Drüse, 4 Teile Glyzerin zusammen verrieben, filtriert, aus Furcht vor Veränderung der wirksamen Substanz nicht sterilisiert), täglich 2 cm³ subkutan; als hiedurch Abszesse entstanden, wurde das Poehlsche Spermin zur Anwendung gebracht. Im Gegensatz zu den oben berichteten Heilerfolgen wurde bei Beingeschwüren an Patienten mit intakten Hoden mit der Anwendung des Hodenextraktes keine Besserung erzielt. Barot ging nun zu Tierexperimenten über und fand dabei die Schlüsse, die die klinischen Beobachtungen ihm zu ziehen erlaubten, bestätigt: bei vier normalen Meerschweinchen, bei denen nach Läsion des Ischiadikus Unterschenkelgeschwüre hervorgerufen wurden, vermochte Hodenextrakt keine Heilwirkung zu entfalten (täglich 1 cm³ Glyzerinextrakt); waren dagegen die Versuchstiere (Hähne und Meerschweinchen) vorher verschnitten, so vermochte bei gesundem Ischiadikus die Hodentherapie Heilung herbeizuführen, bei verletztem Ischiadikus dagegen nicht, bezw. nicht mit der gleichen Sicherheit. Barot glaubt, daß der Hodendefekt neurotrophische Störungen hervorruft, die unter anderem auch die Entstehung und mangelnde Heilungstendenz von Unterschenkelgeschwüren verschuldet, und verlangt für letztere die Behandlung mit Hodenextrakt, eine Behandlungsmethode, die seiner Ansicht nach nur deshalb Gefahr läuft, obsolet zu werden, weil bisher präzise Indikationen für sie fehlten. — (Thèse de Paris, 1905.)

Digitized by Google

6. Rheinboldt berichtet über einen Versuch mit Schilddrüsendarreichung am Hunde, der bei einer Gewichtsabnahme von 7·6% in 14 Tagen unter der Einwirkung von 25 g trockener Hammelschilddrüse nicht nur keinen Stickstoff verlor, sondern selbst am Tage der stärksten Ausscheidung noch geringe Mengen ansetzte. Er knüpft an diesen und ähnliche veröffentlichte Fälle Auseinandersetzungen über die Vermeidbarkeit von Stickstoffverlusten bei Schilddrüsendarreichung und stellt drei Leitsätze für Entfettungskuren mit Schilddrüse auf:

1. Ist auf die Güte des Präparats zu sehen. Dessen Herstellung muß neben der möglichst gleichmäßigen Wirksamkeit die absolute Ungiftigkeit im obigen Sinne garantieren.

2. Ist während der Behandlung mit Schilddrüse unter allen Umständen diätetisch auf Ueberernährung hinzuwirken und besonderer Wert auf reichliche Eiweißmengen zu legen.

3. Wäre es erwünscht, die Entfettungskur in einem Stadium vorzunehmen, in welchem der Organismus (etwa infolge vorausgegangener Unterernährung) die Disposition hat, Eiweiß anzusetzen.. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 58, H. 5 u. 6.)

Ueber innere Behandlung der Blinddarmentzündung. Von Dr. Moosbrugger, Leutkirch. Ref. Laub, Wien.

Die Behandlung besteht in ausschließlicher oder fast ausschließlicher reichlicher Anwendung von Argentum colloidale Credé. In leichten Fällen läßt Vf. dauernd Kataplasmen aus Leinsamen auflegen und verordnet innerlich Argentum colloidale 1 g in 200 g Wasser, einhalb- bis einstündlich einen Eßlöffel voll zu nehmen. — Ist die Erkrankung weiter fortgeschritten, ist Erbrechen vorhanden, der Bauch aufgetrieben, oder hat die Krankheit sehr intensiv mit einem Schüttelfrost und schwerer Störung des Allgemeinbefindens eingesetzt, so gibt Vf. innerlich Arg. coll. 2·0 : 100·0, einstündlich 10 g zu nehmen, und läßt zugleich noch zweimal am Tage 2 g Kollargolsalbe an den Beugeseiten der Arme und Beine, nach gründlicher Reinigung der letzteren, 25—30 Minuten lang einreiben. Bei starkem Erbrechen wird das Arg. coll. im Klistier verabreicht. Irgend welche Mittel zur Herbeiführung des Stuhles wendet Vf. nicht an, ebenso konnte er auch die narkotischen Mittel, Opium und Morphium, entbehren.

Bei dieser Behandlung bessert sich schon am zweiten Tage das Allgemeinbefinden, die Temperatur fällt, Blähungen gehen ab, und am zweiten oder dritten Tage wird spontan ein schwarzer Stuhl entleert, worauf Patient sich subjektiv ungemein erleichtert fühlt. Bei schweren Fällen, in welchen ein Durchbruch des Exsudats in die Bauchhöhle schon erfolgt ist, erfolgt die Wendung zum Besseren wesentlich langsamer.

Von 70—80 Fällen, die Vf. in dieser Weise behandelte, starben bloß zwei, welche schon mit diffuser Bauchfellentzündung in Behandlung kamen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1905.)

Zur Frage der viszeralen Gicht, speziell ihrer gastrointestinalen Formen. Von H. Richartz. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Im Gegensatz zu den französischen und englischen sind die deutschen Aerzte sehr zurückhaltend bei der Erörterung des organischen Zusammenhanges gastrointestinaler Beschwerden mit arthritischer Diathese; eher faßt man erstere als Ursache dieser auf, oder beschuldigt die allgemeine Schwäche des Organismus oder Diätfehler oder die gegen die Gicht gebrauchten Medikamente als Ursachen der Magendarmstörungen. Diese Skepsis beruht vor allem auf dem Fehlen typischer Merkmale der gichtigen Gastroenteritis; aber auch die Gelenkgicht besteht doch im wesentlichen lediglich in einer Kongestion, einer aseptischen Entzündung des Gelenks. Auch das Fehlen der Harnsäure im Erbrochenen oder in den Organen bei der Autopsie kann nicht gegen einen Zusammenhang verwertet werden. Daß das Einführen von Ū per os keine Verdauungsstörungen herbeiführt, ist ebensowenig ein Beweis dagegen; so einfach ist die pathogenetische Bedeutung der Ū nicht, möglicherweise ist auch das entzündungserregende Agens ein uns noch nicht bekanntes Zwischenprodukt des Nukleïn-

Digitized by Google

stoffwechsels. Auch klinisch ist kein prinzipiell trennender Faktor zwischen Gelenk- und Viszeralgicht zu finden, beide können schleichend chronisch und in akuten Schüben auftreten. Richartz hat Gelegenheit gehabt, zwei Fälle von Gastrointestinalgicht mit solchen akuten Schüben zu beobachten. In dem einen handelte es sich um eine subakute Gelenkgicht, bei der zeitweise Attacken von Magenschmerzen, Erbrechen und Nausea, sowie zu anderen Zeiten Attacken von Diarrhöen auftraten, in deren Gefolge jedesmal eine wesentliche Besserung der Gelenkaffektion sich zeigte. Während alle angewandten therapeutischen Maßnahmen nicht vermocht hatten, Besserung zu erzielen, besserte sich bei konsequenter Anordnung einer rationellen (purinfreien) Diät sowohl die Gelenkgicht, als auch blieben zehn Monate lang die Anfälle, die sonst in der gleichen Zeit 5—7mal zu erwarten gewesen wären, aus. 14 Tage nach der Wiederkehr zu einer fleischreichen Kost trat wieder ein heftiger Anfall auf. Im zweiten Falle bestanden heftige Krampfschmerzen im Leib, die nach einigen Tagen mit Erbrechen zu enden pflegten; der Patient war hereditär mit Gicht belastet. Hier fand sich im Anfall eine starke $\bar{U}$-Vermehrung im Blut, ebenso fand sich im Harn 1·5 g $\bar{U}$ (obwohl fast nichts gegessen war); purinfreie Kost hat seit neun Monaten keinen Anfall mehr auftreten lassen (sonst 3—4 im Jahr).

Die Merkmale, die uns erlauben, einen direkten Zusammenhang intestinaler Affektionen anzunehmen, sind, wie aus obigem hervorgeht, nicht einfach festzustellen: Die Diagnose ex juvantibus erfordert lange Zeit, und die purinfreie Kost mit ihrem Schlackenreichtum ist für schwache Mägen nicht gleichgiltig; die Blutprobe ist umständlich und ist auch nur bei positivem Ausfall beweisend. Einfacher wird die Sache, wenn wir, wie oben, eine Harnsäureflut im Harn im oder nach dem Anfall finden. Vielleicht eröffnet auch die von Noorden-Schliepsche Toleranzprobe Ausblicke für die Erleichterung der Diagnose. Oft wird allerdings auch genaue Anamnese und Untersuchung eine Magendarmerkrankung als gichtig erkennen lassen, deren wahre Natur bei ungenauer Untersuchung verborgen geblieben wäre. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, 1906.)

Karzinom des Intestinaltraktus. Von J. P. Tuttle. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nach einer ausführlichen Besprechung der Symptomatologie der Darmkrebse (Dinge, die in jedem Lehrbuch abgehandelt sind), betont Tuttle die Wichtigkeit der Frühdiagnose, besonders beim Rektumkarzinom. Während wir bei Karzinomen anderer Lokalisation die sichere Diagnose so häufig nur durch eine Probelaparotomie stellen können, ist die Diagnose Rektum- oder Flexurkarzinom uns stets durch einfache Untersuchungsmethoden möglich, sei es durch Fingerpalpation oder bei hohem Sitz durch Rektoromanoskopie. Und zwar soll man bei jedem Symptom von Seiten des Mastdarms genau untersuchen und sich nicht bei Schleim- und Blutabgang mit der Diagnose Hämorrhoiden begnügen; ganz besonders sind diese Symptome verdächtig, wenn dazu morgendliche, sehr plötzlich einsetzende Diarrhöen treten. Ist eine radikale Entfernung der Geschwulst nicht möglich, so ist es von großem Vorteil, wenn man den Kot von der kranken Stelle fernhalten kann; doch ist die Kolostomie hiefür nicht die ideale Operation, sondern, wenn irgendwie möglich, sollte man eine Kommunikation zwischen einer Stelle ober- und unterhalb der Geschwulst herbeiführen, also eine Ileorektostomie oder eine Sigmoideorektostomie oder eine Ileosigmoideostomie ausführen. Bei sehr großen, das Rektum ausfüllenden Karzinomen ist eventuell Kurette und Kauterisation am Platze. — Bei sehr beweglichen Karzinomen des Dünndarms und oberen Kolons ist es zweckmäßig, falls eine Radikalentfernung noch möglich ist, die Geschwulst außerhalb der Bauchwunde festzunähen und erst nach 2—3 Tagen zu exstirpieren; Vf. hat auf diese Weise zehn Fälle mit einem Exitus operiert. — In der Diskussion stellte A. G. Gerster die Behauptung auf, die Karzinome seien umso gutartiger, je näher sie der Analöffnung liegen, eine Ansicht,

Digitized by Google

der Tuttle widersprach. — (Medical Record, 4. November 1905.)

Fickers Typhusdiagnostikum oder Widalsche Reaktion? Von P. Fiorentini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Fiorentini verglich bei 40 Patienten die Ergebnisse der Serumreaktion mit Fickerschem Diagnostikum und lebenden Kulturen. 13 davon litten an Typhus, 7 an verwandten Krankheiten (Paratyphus, Maltafieber), 20 an anderen Erkrankungen. Bei den sicheren Typhusfällen waren mit einer Ausnahme stets beide Proben positiv, aber nicht stets gleichmäßig; so war in einem Fall Ficker bei $^1/_{100}$ negativ, Widal positiv. In einem Fall fehlte bei Ficker jede Reaktion, während Widal $^1/_{50}$ positiv war, was umso bemerkenswerter war, als in diesem Falle neben dem Typhus eine Cholangitis mit Ikterus bestand. Jedenfalls ist also die Widalsche Reaktion feiner als die mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum, und in der Klinik auf jeden Fall vorzuziehen; für den Gebrauch des Praktikers ist aber das Fickersche Diagnostikum weit handlicher. — (Riv. crit. di Clin. med. Nr. 19, 1906.)

Neue Methoden zur Diagnose der Insuffizienz des Pankreas. Von Jayme Ferreira. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Ferreira bedient sich zweier Methoden: einer, um die diastatische, der anderen, um die fettspaltende Kraft des Pankreassaftes zu bestimmen. Zur Prüfung des diastatischen Ferments dient das Salizin, das sowohl durch die Diastase des Speichels wie des Pankreassaftes in Saligenin und Glykose gespalten wird. Bei intakter Pankreasfunktion muß der Urin nach Eingabe von Salizin (bis 4 g) in Gelatinekapseln sowohl Salizylsäure- wie Zuckerreaktion geben. — Zur Prüfung des fettspaltenden Ferments führt Vf. nüchtern größere Mengen Lezithin und Olivenöl ein. Die Dosis wird langsam von zwei auf sechs Eier gesteigert bis zu der Formel: Olivenöl 300—400 g, Kognak 15 g, Eigelb Nr. 6, Menthol 0·5 g. Bei intakter Pankreasfunktion findet man in den Fäzes nur Glyzerin und Fettsäuren. Das Lezithin wird dabei gespalten in Oelsäure, Margarinsäure, Phosphorglyzerinsäure und Cholin, letzteres nach der Methode von Camus und Jacobsen als Muscarin bestimmt. — (XIII. Intern. Kongr. zu Lissabon; Münch. med. Wochenschrift Nr. 20, 1906.)

Ueber die Behandlung des Diabetes insipidus mit Strychnininjektionen. Von L. v. Kétly. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

v. Kétly berichtet über vier mit Strychnin behandelte Fälle; drei davon stellten sich als der idiopathischen Form der Krankheit angehörend dar, einer war auf Grundlage einer Gehirnlues entstanden. In diesem letzteren brachten die Injektionen sehr rasch eine wesentliche Besserung zuwege; die Harnmenge sank von 8—11½ l (spez. Gew. 1002) auf 2·8 l (spez. Gew. 1007); doch war das Resultat kein dauerndes, vielmehr trat nach 2 bis 3 Monaten wieder Polyurie und Polydipsie ein, die unter dem Gebrauch von Strychninpillen weniger wurden. Von den drei anderen Fällen war in einem die Behandlung völlig erfolglos, in einem zweiten fiel die Urinmenge sehr rasch (übrigens ohne gleichzeitiges Steigen des spezifischen Gewichts), die Kur wurde jedoch bald abgebrochen. In dem dritten Falle hatte die Behandlung vollen Erfolg. Die Diurese sank von 6—9 l (spez. Gew. 1005—1006) auf 1800 cm³ (1020), und hielt sich zwei Monate auf diesem Stande, ohne daß v. Kétly behaupten will, daß die Heilung eine endgiltige sei. v. Kétly empfiehlt, das Strychninum nitricum auch weiter zu versuchen, mit ½ mg beginnend, jeden zweiten Tag um $^1/_{10}$ mg steigend bis zu 10 mg. Vorteilhafter wäre es, wenn weitere Untersuchungen zeigen würden, daß die innerliche Darreichung dieselben Erfolge hat. — (Ther. d. Gegenw., Nr. 3, März 1906.)

Eine spezielle Form der Hämoptyse bei Greisen. Von A. Campani. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Campani berichtet über zwei derartige Fälle ohne jeden objektiven Befund. Möglicherweise handelt es sich um

Digitized by Google

Individuen mit arthritischer Anlage (?), vielleicht auch um sklerotische Prozesse in den Aesten der Pulmonalarterie. Die Fälle pflegen günstig zu verlaufen, falls nicht irgend eine Komplikation hinzutritt. — (Giorn. intern. di. Sc. Med. Nr. 13, 1905.)

Ueber den Nährwert mehr oder minder entfetteter Handelssorten des Kakao. Von Erich Harnack. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Unter den Nahrungsmitteln, die das Pflanzenreich bietet, stehen die Kakaobohnen geradezu als Phänomen da; nirgends hat die Natur eine solche Fülle wertvoller Nährstoffe zusammengedrängt, so daß man die Kakaobohne als ein Universalnahrungsmittel bezeichnen kann. Lediglich in der Milch sind noch alle drei organischen Hauptnahrungsmittel, Eiweiß, Kohlehydrate und Fett, in größerer Menge vereinigt. Mit der Milch teilt aber der Kakao die Eigenschaft, daß er relativ zu viel Fett enthält. Rechnet man als eine Normalernährung für den erwachsenen Mann 118 g Eiweiß, 60 g Fett und 500 g Kohlehydrate, so verhalten sich darin die drei Nährstoffe wie 1 : 0·5 : 4·2, in der Kuhmilch wie 1 : 1·07 : 1·41. In der Kakaobohne finden sich nur 15% Eiweiß, 50% Fett und 17% Kohlehydrate, also ein Verhältnis von 1 : 3·3 : 1·1. Es überwiegt also in ganz übermäßiger Weise das Fett. Dazu gehört das Kakaofett zu den bei gewöhnlicher Temperatur härtesten, schwer schmelzbaren und daher auch schwer verdaulichen Fetten. Der an sich so überaus schätzbare Rohkakao ist also ein unzweckmäßig zusammengesetztes Universalnahrungsmittel. Die Technik muß ihm deshalb einen Teil seines Fettes entziehen. Im Handel kommen zwei Sorten vor, eine, die noch 30%, eine andere, die nur noch 15% Fett enthält. Die fettreicheren Kakaosorten bedürfen eines größeren Zusatzes von alkalischen Substanzen, wodurch ihre Löslichkeit erleichtert, und die Verseifung des Fettes bei der Vorverdauung gefördert wird. In den Kakaosorten mit nur 15% Fett dagegen ist das Verhältnis der Nährstoffe wie 1 : 0·58 : 1·43, also Eiweiß und Fett wie in der Normalnahrung; Kohlehydrate kann man durch Zuckerzusatz leicht vermehren. Vom Standpunkt der Ernährungsphysiologie aus wird man also den fettärmeren Sorten den Vorzug einräumen müssen. — Ein Hauptnahrungsmittel kann Kakao deshalb nie werden, weil er, wenn auch nicht in erheblicher Menge, das giftige Theobromin enthält. — (Gordian, Zeitschr. f. d. Kakao- etc. Industrie, Nr. 253, 1905.)

Physikalische Therapie.

Erfahrungen über die Wirkung der Schlammbäder. Von Dr. v. Saß. Ref. Buxbaum, Wien.

Abgesehen von der Gravidität kennt v. Saß keine Kontraindikation der Anwendung von Schlammbädern; auch von Herzkranken werden, entgegen den meist verbreiteten Anschauungen, Schlammbäder ganz gut vertragen bei Einhaltung indifferenter oder niedriger Temperaturen und Anwendung nicht zu konzentrierter Bäder. v. Saß meint, daß die Wirkung der Schlammbäder bei den Herzkranken derjenigen der kohlensauren Bäder ähnlich sei. — Auch der verbreiteten Ansicht, daß Schlammbadekuren das Körpergewicht stets herabsetzen, tritt v. Saß entgegen, indem er feststellen konnte, daß am Ende der Kur das Körpergewicht in 75% der Fälle eine Steigerung erfahren hatte. — Wenn von nervösen Personen Bäder überhaupt vertragen werden, dann werden auch Schlammbäder vertragen, eine sachgemäße Anwendung vorausgesetzt, wozu vor allem gehört, daß während der Bäder eine kurgemäße, geregelte Lebensweise eingehalten wird. — Im übrigen gibt v. Saß zu, daß von manchen anämischen und chlorotischen Frauen und Kindern mit erethischer Skrofulose Schlammbäder in der Tat nicht vertragen werden; diese Frage kann mit Sicherheit erst entschieden werden, wenn einige Bäder genommen sind, da oft gerade nervöse anämische Frauen mit Beckenexsudaten sogar die tägliche Anwendung der Bäder wider Erwarten gut vertragen. Im allgemeinen bringen Bäder mit indifferenten Temperaturen, wie es scheint, mehr Nutzen als solche mit hoher Temperatur,

Digitized by Google

nur bei der torpiden Form der Skrofulose sind solche von 30—31° R. angezeigt, während bei der erethischen Form Temperaturen von 27—28° R. günstiger wirken. Die wichtigsten Indikationen zur Anwendung von Schlammbädern sind neben der Skrofulose auch tuberkulöse Knochen- und Gelenkserkrankungen, sodann die Beckenexsudate. — Weitere Indikationen sind: Gicht, chronischer Gelenksrheumatismus, Neuritiden und Neuralgien, und nach v. Saß auch chronisches Ekzem. — In einzelnen Fällen hat v. Saß die Schlammbehandlung mit der durch den galvanischen Strom kombiniert und will davon vorzugsweise bei chronischem Gelenksrheumatismus und Knochentuberkulose günstige Resultate gesehen haben. — (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 48, 1905.)

Die Bedeutung der radioaktiven Substanzen in den Heilquellen bei der Behandlung des Rheumatismus und der Herzkrankheiten. Von Huchard. Ref. F. Perutz, München.

Die Quellen von Bourbon-Lancy in Frankreich zeigen stark radioaktive Eigenschaften, während ihr Bestand an Mineralsalzen sehr schwach ist. Obwohl sie mit vielen anderen ähnlichen Quellen aus diesem Grund zu den „indifferenten" Quellen gerechnet wurden, war ihr therapeutischer Wert durch jahrhundertelange klinische Erfahrung und Beobachtung unbestritten. Ihre beruhigende und schmerzstillende Eigenschaft bei Rheumatismen, Nervenschmerzen und nervösen Kardiopathien, ihre stimulierende Einwirkung auf den Stoffwechsel finden jetzt im Nachweis der starken Emanation ihre Erklärung. Nach den Quellen von Bourbon-Lancy zeigen die von Luxieul, Plombières Neris (sämtlich in Frankreich) und von Gastein den höchsten Gehalt radioaktiver Substanz. — (Journ. des Prat. 1906.)

Chirurgie.

Knochen und Gelenke.

1. **Zur Diagnose und Therapie des Plattfußes.** Von Dr. B. Lange, Straßburg. Ref. Klar, München.
2. **Ueber die Radiusfraktur bei Automobilisten.** Von Martial-Honoré Bouduel. Ref. A. Haas, München.
3. **Ueber die kongenitale Luxation im Schultergelenk nach hinten.** Von Achille Serrès. Ref. A. Haas, München.
4. **Der Zustand der Muskeln bei der Periarthritis des Schultergelenkes und seine Behandlung mittels Elektrizität.** Von E. Havet. Ref. A. Haas, München.
5. **Zur Behandlung der gonorrhoischen Gelenksentzündungen.** Von Felix Le Bihan. Ref. A. Haas, München.
6. **Beitrag zur Behandlung der Kniegelenkstuberkulose im Kindesalter.** Von Dr. Gresson. Ref. A. Haas, München.
7. **Koxitis.** Von Prof. R. v. Mosetig-Morhof, Wien. Ref. A. Haas, München.
8. **Beitrag zur Behandlung der rhachitischen Unterschenkelverkrümmungen.** Von August Dupont. Ref. A. Haas, München.
9. **Ueber den schmerzhaften Pes plano-valgus tuberkulösen Ursprungs.** Von Etienne Martin. Ref. A. Haas, München.
10. **Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes beim Neugeborenen und Säugling.** Von Dr. Max Haudek, Wien. Ref. A. Haas, München.
11. **Die Zytologie der Gelenkergüsse.** Von Thirion. Ref. A. Haas, München.
12. **Zur medikamentösen Behandlung der subakuten und chronischen Gelenkentzündungen.** Von Dr. Wilhelm Schulhof. Ref. A. Haas, München.

1. Plattfüße machen ihrem Träger bald erhebliche Beschwerden, bald sind sie ganz symptomlos. Fast der größere Teil der modernen zivilisierten Menschheit hat diese mit den Skoliosen häufigste Deformität. Nach Ansicht Langes trägt die Hauptschuld daran schlechtes und unzweckmäßiges Schuhwerk, ferner die Ermüdungsstellung des den ganzen Tag stehenden oder im Stehen arbeitenden Menschen. Der angeborene Plattfuß, der Plattfuß der Kinder und der erworbene Plattfuß verhalten sich in Bezug auf die Therapie gleich, nur der paralytische und der schwere traumatische bedürfen oft operativer Eingriffe. Die Diagnose bietet

Digitized by Google

manchmal Schwierigkeiten, da so ziemlich jede Stelle des Fußes der Schmerzpunkt sein kann. Zuweilen bestehen lediglich Schmerzen im Knie oder gar nur auf der Beugeseite des Oberschenkels. Häufig bestehen starke Beschwerden, ohne daß das Fußgewölbe des nicht belasteten Fußes irgend welche anatomische Veränderungen zeigt. Wird der Fuß aber belastet, so legt er sich in Pronationsstellung um, und wir haben den Knick- oder X-Fuß vor uns. Bei Betrachtung des Fußes von hinten weicht die Achse des Unterschenkels von der des Fußes stark nach einwärts ab, und die Achillessehne ist im stumpfen Winkel nach außen abgeknickt. Den Sohlenabdruck, ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose, fertigt Vf., indem er den Patienten mit dem mit gewöhnlicher Fixiernatronlösung bestrichenen Fuß auf photographisches Positivpapier treten läßt; am Licht dunkelt das Papier, während die Sohle in heller Zeichnung alle Feinheiten abgedrückt hat. Um die Knickfußstellung zum Ausdruck zu bringen, umzieht Vf. mit einem Bleistift in senkrechter Stellung die Konturen des Fußes und darauf nochmals die Innenseite mit dem um 45° geneigten Stift. Differentialdiagnostisch kommen beim Plattfuß in Betracht: Rheumatismus, Arthritis urica, A. deformans, Trauma, Ostitis, Periostitis, Neuralgien und tuberkulöse Prozesse; manche dieser Erkrankungen kommen auch neben dem Plattfuß vor, besonders Distorsionen, Schleimbeutelentzündungen und gichtische Knoten der Fußsohlenhaut. Sehr häufig aber werden vom Arzt Plattfußbeschwerden für Ostitis, Periostitis oder „Rheumatismus“ gehalten. Zur Therapie müssen die gedehnten Bänder entspannt, und die schmerzhaften Knochen- und Gelenkstellen entlastet werden, das Fußgewölbe muß also gestützt werden. Zu diesem Zweck sind die verschiedensten Einlagen fabriksmäßig hergestellt worden und befinden sich, obwohl sie meist ganz wertlos oder gar schädlich sind, noch im Handel. Eine gute Einlage muß auf einem sorgfältig angefertigten Gipsmodell angefertigt werden und von der Ferse bis zu den Metatarsalköpfen reichen. Das Modell muß vom belasteten Fuß genommen werden. Als Material verwendet Vf. Kupfer, Stahl, Nickelin, Aluminiumbronze, Durana und Zelluloid nach F. Lange. Wenn die Knickfußstellung allein oder hauptsächlich besteht, so muß man die Sohle des Stiefels schräg nach außen abfallend machen lassen, damit der Fuß in Supinationsstellung kommt. Mit den Einlagen kann man in weitaus den meisten Fällen die Beschwerden dauernd beheben. Fixierte Plattfüße müssen, bevor man Einlagen gibt, redressiert und für mehrere Wochen im Gipsverband gehalten werden. Bei traumatischem Plattfuß ist zuweilen, nach schlecht geheiltem Knöchelbruch, supramalleoläre Osteotomie nötig, paralytische Plattfüße (nach Poliomyelitis) sind mit Sehnenüberpflanzung nach Vulpius, Hoffa, Lange, Müller zu behandeln. — (Straßburger med. Ztg., April 1906.)

2. Die Frakturen an der unteren Epiphyse des Radius loco classico kommen bei Automobillenkern professionell sehr häufig vor und haben, der Verbreitung dieses Sports entsprechend, insbesondere in Frankreich Beachtung gefunden. Der gewöhnliche Vorgang ist der, daß beim Beginn der Fahrt, wenn der Chauffeur die Kurbel faßt und aufdreht, eine vorzeitige Explosion des Gemisches eintritt und die Kurbel mit Wucht zurückschleudert. Entweder wird nun die untere Radiusepiphyse indirekt durch Hyperextension der Hand beim Zurückfahren der Kurbel abgerissen oder die zurückfahrende Kurbel trifft das Dorsum des Vorderarms an seinem unteren Ende und es kommt zur direkten Fraktur. In seltenen Fällen wird die Epiphyse durch eine zu starke Flexion der Hand abgerissen. Vf. unterscheidet im ganzen sechs Mechanismen der Fraktur. Das typischste Symptom der Automobilfraktur des Radius ist das fast völlige Fehlen der Dislokation. Dementsprechend besteht die Behandlung für alle diese Fälle in der mobilisierenden Methode Lucas Championnières. — (Thèse de Bordeaux, 1905.)

3. Die kongenitale Luxation im Schultergelenk nach hinten stellt eine äußerst seltene Affektion dar, noch seltener als die angeborene Luxation nach vorne.

Digitized by Google

Serrès hat einen Fall von Luxatio humeri posterior infraspinata congenita beobachtet und weitere 19 Fälle aus der Literatur zusammenstellen können.

Von den Luxationen nach hinten ist kongenital die Luxatio subacromialis die häufigste, dann folgt die Luxatio infraspinata und schließlich die ganz exzeptionell seltene Luxatio supraspinata.

Die Ursachen der Affektion sind entweder fehlerhafte Anlage des Gelenks (Heredität, Lues) oder aber Traumen, sei es intrauterin oder bei der Geburt. Traumen, die bei der Geburt des Kindes ein zur Luxation irgendwie prädisponiertes Gelenk treffen, sind die häufigsten Ursachen. — Frühzeitige Reposition und geeignete Retention führen bald zur Heilung. Werden diese versäumt, so werden blutige Eingriffe, eventuell die Resektion des Gelenks nötig. — (Thèse de Paris, 1905.)

4. Havet hat das Verhalten der Muskulatur bei dieser sogenannten Duplayschen Krankheit genauer studiert und kommt zum Schluß, daß bei der Aetiologie neben der häufig zu beschuldigenden Bursitis subdeltoidea und einer ebenso oft bisher gefundenen Neuritis des Nervus axillaris eine Myositis als wichtiges ätiologisches Moment in Betracht kommen kann. Die zu beobachtenden Muskelsymptome äußern sich in Atrophie, Kontrakturen und Aenderung des elektrischen Verhaltens. Die Atrophie betrifft hauptsächlich die Musculi deltoideus, supra- und infraspinatus, häufig auch die Muskulatur des Oberarms; die Kontraktur befällt gewöhnlich die Musculi pectoralis major, latissimus dorsi und teres major. Die Rigidität der letzteren macht eine ausgiebigere Abduktion des Oberarms bald unmöglich. Die elektrische Erregbarkeit sowohl dem galvanischen wie insbesondere dem faradischen Strom gegenüber ist herabgesetzt. Zum Auftreten der Entartungsreaktion kommt es indessen nicht. — Zur diagnostischen Feststellung der Periarthritis ist sehr oft die Narkose nötig, um zu erkennen, ob Verwachsungen zwischen dem Humeruskopf und der Gelenkpfanne bestehen. Zur Behandlung der Kontrakturen wie der meist bestehenden heftigen Schmerzen haben sich konstante Ströme von großer Intensität (bis zu 100 M.-A.) bewährt. Gegen die Atrophie wird man den faradischen Strom anwenden, außerdem Massage und Bewegungsübungen. — (Thèse de Lille, 1905.)

5. Die Arbeit Bihans will insbesondere die frühzeitige Arthrotomie als beste Behandlung der gonorrhöischen Arthritis empfehlen. Sie gibt die kürzeste Behandlungsdauer und funktionell die besten Resultate. Von einer etwa 6 cm langen Inzision wird das Gelenk ausgeräumt, eventuell ausgespült und für zwei Tage ein Drain eingelegt. Fixation für acht Tage, dann Massage und mobilisierende Behandlung. — Will man die Arthrotomie nicht machen, so soll man der Punktion vor den übrigen Behandlungsmethoden den Vorzug geben. — (Thèse de Bordaux, 1905.)

6. Gresson verficht in dieser Frage den Standpunkt, den heute wohl die meisten Autoren einnehmen, daß die Kniegelenktuberkulose der Kinder in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch konservative Maßnahmen heilbar ist. Ein bewegliches Gelenk resultiert auch bei der konservativen Behandlung nur in seltenen Fällen. Die operative Behandlung tritt erst dann in ihr Recht, wenn alle konservativen Maßnahmen erschöpft sind, oder wenn die Krankheit an sich aus vitalen Rücksichten ein solches Eingreifen erfordert. — (Thèse de Paris, 1905.)

7. Historisch interessant ist die Konstatierung Mosetigs, daß die erste Hüftgelenksresektion nicht von White, sondern von dem praktischen Arzt Schmalz in Pirna 1817 ausgeführt wurde.

Die primär synoviale Form der Koxitis beginnt nach der Ansicht von Mosetig gewöhnlich am Lig. teres; so erklärt sich der im Initialstadium bestehende Kniesschmerz im Gebiet des Nervus obturatorius durch die Reizung des im Lig. teres verlaufenden Nervus acetabularis vom Nervus obturatorius. Die Wichtigkeit der Röntgenographie zur Erkennung der ossalen Formen wird hervorgehoben. — Therapeutisch versprechen die konservativen resp. exspektativen Methoden nur dann Erfolg, wenn es noch nicht zu Zerfall des Gelenkfungus gekommen ist.

Digitized by Google

Eine Restitutio ad integrum, wie sie vielfach als Idealresultat dieser Therapie beschrieben wird, kommt bei der echten tuberkulösen Koxitis kaum vor. Das nach Resorption der pathologischen Produkte auftretende Narbengewebe wird stets zu Kontrakturen, Bewegungsstörungen, Verkürzungen, Atrophien etc. führen. Auf den häufigen Ausgang in Caput mortuum-Bildung, die Abkapselung infektionstüchtiger Tuberkelbazillen, weist Mosetig besonders hin und hebt das Verhängnisvolle selbst leichtester Traumen in solchen Fällen hervor. Er beschreibt dann des näheren die von ihm befolgte Technik der Resektion, die sich im wesentlichen mit dem Ollierschen Verfahren deckt: breite Lappenbildung an der Außenseite mit temporärer Absägung des Trochanter maior. Den restierenden großen Hohlraum füllt Mosetig mit seiner Jodoformplombe und hat Intoxikationen nie gesehen, obwohl er bis 150 g ging. Gewöhnlich ist primäre Naht möglich. Ein Stärkegaze-Schienenverband wird dann in Parallelstellung der Beine (wenn die queren Beckenmuskeln geschont blieben) angelegt. Nach vier Wochen gehen die Kranken gewöhnlich schon mit Krücken umher. — (Wiener med. Presse Nr. 1, 1906.)

8. So lange die Rhachitis noch florid ist, sollen die Kinder streng immobilisiert werden, und eine zielbewußte Allgemeinbehandlung muß Platz greifen. Haben sich Verkrümmungen der Tibia ausgebildet, so sollen sie, während der Knochen noch weich ist, durch manuelles Redressement korrigiert werden. Besteht bereits eine Sklerose der Knochen, so treten Osteotomie bezw. Osteoklasie in ihr Recht. — (Thèse de Paris, 1905.)

9. In vielen Fällen von entzündlichem Plattfuß, insbesondere bei jugendlichen Individuen (Tarsalgia adolescentium), hat man bei der Untersuchung des Talocalcaneo naviculargelenks eine deformierende Entzündung dieser Gelenke mit Usur des Knorpels und konsekutiver Ankylosierung gefunden. Martin ist auf Grund mehrerer Beobachtungen an der Klinik von Poncet zu der Ueberzeugung gekommen, daß es sich hier um eine Osteo-Arthritis sicca tuberculosa handelt, und zwar um eine Form der Arthritis, deren tuberkulöse Natur Poncet und Leriche auch für andere Gelenke nachgewiesen haben, und die sie tuberkulösen Rheumatismus nannten. Es fehlen die gewöhnlichen tuberkulösen Entzündungsprodukte, Granulationen und Eiter; wahrscheinlich entsteht dieser tuberkulöse Rheumatismus durch die Toxine des Tuberkelbazillus von einem im Körper nachweisbaren oder auch latenten Herde aus. Die Belastung wird also in diesen Fällen nicht mehr als die Ursache der Erkrankung, sondern nur noch als prädisponierendes Hauptmoment gelten können.

Therapeutisch wird in solchen Fällen, entsprechend dem tuberkulösen Charakter, die Immobilisation im Gipsverbande wie bei anderen tuberkulösen Gelenkerkrankungen angewendet werden, selbstverständlich neben entsprechender Allgemeinbehandlung. Salizyl versagt in diesen Fällen vollkommen. — (Thèse de Lyon, 1905.)

10. Die Ausführungen Haudeks gipfeln in einer warmen Empfehlung des v. Ottingenschen Verbandes, der eine frühzeitige und radikale Klumpfußbehandlung bei Säuglingen erst ermöglicht. Der Anlegung des Verbandes geht das modellierende Redressement zur Korrektur der Deformität voraus; es wird entweder in einer Sitzung oder etappenweise, je nach dem betreffenden Falle, ausgeführt. Zum Verband benötigt man 4—6 cm breite Barchent- oder Köperbinden und eine etwas modifizierte Heusnersche Klebeflüssigkeit; letztere wird mit einem Pinsel auf die Haut aufgetragen. Die Touren werden nun bei rechtwinklig gebeugtem Knie angelegt, um zugleich die Innenrotation des Unterschenkels zu beseitigen und sind von Haudek etwas modifiziert worden. Die Anlegung der Binden erhellt am besten aus den Abbildungen des Originals. Der Verband wird durch gewöhnliche Bindentouren, die seine Wirkung noch unterstützen, geschützt. Die ersten Verbände bleiben nur 2—3 Tage liegen, dazwischen wird immer eine Periode von 1—2 verbandfreien Tagen eingeschaltet. Nach vollkommenem Redressement kann der Verband bis zu

Digitized by Google

drei Wochen liegen. Zur Nachbehandlung empfiehlt Haudek statt der vielfach verwandten Nacktschienen einen redressierenden Gummizug; fangen die Kinder zu laufen an, so erhalten sie einen an der Außenseite erhöhten Schuh. Ref. kann sich dem Vf. in der Empfehlung des Verfahrens nur anschließen. Es gibt bei entsprechender Verbandtechnik sehr gute Resultate und das Auftreten von Ekzemen gehört bei guter Pflege der Kinder zu den Seltenheiten. — (Wiener med. Presse Nr. 12, 1906.)

11. Thirion hat versucht, durch zytologische Untersuchung seröser Gelenkergüsse diagnostische Aufschlüsse über die Art der Erkrankung zu erhalten. Er kommt zum Resultat, daß man bei dem tuberkulösen Hydrops meist eine reine Lymphozytose findet, während man bei subakuten und chronischen Ergüssen rheumatischer Natur am häufigsten eine Polynukleose findet. Doch gibt es auch rheumatische Ergüsse mit Lymphozytose, allerdings seltener. Der Befund von Lymphozytose vermag aber nur die klinisch wahrscheinlich tuberkulöse Natur eines Gelenkergusses als solche zu bestätigen, wenn auch andere Zeichen dafür sprechen, daß es sich um eine tuberkulöse Erkrankung handelt. Der praktische Wert der Methode ist also gering. — (Thèse de Paris 1905.)

12. Schulhof empfiehlt zur Behandlung der subakuten und chronischen Arthritiden nicht gichtischer Natur, bei denen es sich weder um manifest tuberkulöse, noch gonorrhöische, noch rheumatische Erkrankungen handelt, neben den Prozeduren physikalischer Natur das Thiokol, etwa 3—4 g täglich, anzuwenden. Er inkliniert bei dieser Medikation zur Ansicht Poncets, der ja bei derartigen Erkrankungen abgeschwächte Infektionen mit Tuberkelbazillen ätiologisch anschuldigt. Die von Schulhof angeführten Krankengeschichten sprechen für eine günstige Beeinflussung solcher Arthritiden durch das Thiokol. Außerdem wird auch das Allgemeinbefinden durch das Mittel gehoben, der Appetit vermehrt, die gesteigerte Körpertemperatur etwas herabgedrückt. — Jeder Arzt weiß, wie hartnäckig derartige Erkrankungen oft unseren therapeutischen Bestrebungen trotzen, und es wird daher auch das Thiokol versucht werden. Dann wird sich ja zeigen, ob es bei diesen Erkrankungen eine wirksame Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges darstellt. — (Fortschritte d. Med. Nr. 9, 1906.)

Die Saugbehandlung. Von R. Klapp, Bonn. Ref. A. Haas, München.

Klapp bespricht in kurzen Zügen mit großer Klarheit die Grundlagen und die Wirkungsweise der Saugbehandlung. Die letztere ist eine doppelte: einmal die Ansaugung von Sekreten aus Wunden und damit eine Auswaschung des Gewebes, dann die Erzeugung von Hyperämie. Er geht dann des Genaueren auf die Technik des Verfahrens ein, auf die einzelnen nötigen Formen der Saugglöser und auf die spezielle Anwendungsweise bei den einzelnen Erkrankungen (Furunkel, Mastitis, Panaritien, heiße Abszesse, tuberkulöse Abszesse und Fisteln etc.). Zum Schlusse hebt Klapp die besondere Bedeutung des Verfahrens für den Praktiker hervor. Derselbe sollte die neue, am Anfange mühevolle Methode mit besonderer Liebe pflegen, da sie ihm Gebiete zurückgibt, die bereits in Spezialistenhände übergegangen waren. — (Berl. Klin., H. 212, 1906.)

Ueber Indikationen und Kontraindikationen zur Entfernung der Gallenblase mit einer Beschreibung der Technik dieser Operation und einer Besprechung von 57 Fällen. Von A. W. Mayo Robson. Ref. A. Haas, München.

Mayo Robson wendet sich gegen die Strömung in der Gallensteinchirurgie, welche die Cholezystektomie zum Normalverfahren stempeln will. Denn eine absolute Garantie gegen Neubildung der Konkremente gibt das Verfahren nicht; manchmal, wenn auch nur ausnahmsweise, tritt eine erneute Steinbildung in den Gallenwegen auch nach der Zystektomie auf, besonders in dem erweiterten Ductus hepaticus. Für gewöhnlich sollte man sich mit der Zystostomie begnügen, deren Gefahr fast gleich null ist und nach der Rezidive äußerst selten sind. Für die Ektomie stellt Robson folgende Indikatio-

Digitized by Google

nen auf: Karzinom der Gallenblase, kleine und geschrumpfte Gallenblase nach häufigen Anfällen, große Gallenblase mit Hydrops bei Zystikusverschluß, Phlegmone und Gangrän der Gallenblase, Empyem, kalkige Degeneration und Inkrustation, Schleimfistel durch Zystikusverschluß, schwere Verletzungen der Gallenblase. — Kontraindiziert ist die Ektomie besonders dann, wenn man nicht sicher ist, daß die tiefen Gallenwege frei von Konkrementen sind.

Robson berichtet dann über 57 Fälle, in denen er aus den obigen Indikationen die Gallenblase entfernen mußte. In nicht weniger als 11 Fällen handelte es sich um Karzinom der Gallenblase und es mußten partielle Leberresektionen, Resektionen des Querkolons und des Pylorus gemacht werden, um das Karzinom noch radikal entfernen zu können. Zwei dieser Patienten sind jetzt über fünf Jahre nach dem großen Eingriff noch am Leben.

Die von Robson geschilderte Technik der Operation weicht nicht wesentlich von der bei uns üblichen ab. Zum Schlusse befürwortet Robson die Ektomie besonders dann, wenn die Wandungen der Gallenblase verändert und verdickt sind. Dann ist sie eine Prophylaxe gegenüber dem Karzinom, dessen Zusammenhang mit der Lithiasis heute unzweifelhaft ist. — (The British Medical Journ., Nr. 2356, 1906.)

In welchem Alter sollen Gaumenspalten operativ geschlossen werden? Von R. W. Murray, Liverpool. Ref. A. Haas, München.

In England hat Arbuthnot Lane empfohlen, Gaumenspalten möglichst früh, etwa in der fünften Woche, zu schließen. Murray hat etwa 300 Hasenscharten und Gaumenspalten operiert und kommt auf Grund seines Materials dazu, als das beste Alter zur Vornahme der Operation die Zeit zwischen dem 2. und 3. Lebensjahre zu empfehlen. Wenn sowohl der harte wie der weiche Gaumen gespalten ist, wird selbst die beste Operation keine vollendete Sprache schaffen, weil sich der Entwicklungsdefekt meist auf die bei der Phonation so wichtige Nasenhöhle mit erstreckt. Ist der weiche Gaumen allein gespalten, so ist die Prognose bedeutend besser; Murray hat bei vielen derartigen Fällen, die, noch bevor sie sprechen konnten, operiert wurden, eine völlig normale Sprache sich entwickeln sehen.

Für den Schluß des harten Gaumens empfiehlt Murray das Verfahren von Lane: Ablösung eines Schleimhautperiostlappens auf einer Seite mit innerer Basis und Hinüberklappen desselben nach der anderen Seite, so daß die Schleimhautfläche nach der Nasenhöhle sieht. Zum Schließen eines Spaltes des weichen Gaumens frischt er, wie auch bei uns üblich, die Ränder an und vereinigt in der Mittellinie.

Die Brophysche Operation hat Murray in geeigneten Fällen ebenfalls versucht, aber keine ermutigenden Resultate gehabt. — (The British Medical Journal, Nr. 2353, 1906.)

Unfallheilkunde.

1. **Ein Fall von primärer Tuberkulose der Patella nach Trauma.** Von Konrad Abée.
2. **Unfall und Lungentuberkulose.** Von Heinrich Krasser.
3. **Glykosurie nach Frakturen.** Von Georg Ernst Konjetzny. (Chir. Univ.-Klinik in Breslau.)
4. **Ueber einige Fragen aus dem Gebiete der Unfallneurosen.** Von C. Fürstner, Straßburg. Ref. Klar, München.

1. Ein 15jähriger Bauernsohn fiel von einem Heuwagen auf das rechte Knie, er konnte wegen starker Schmerzen im Knie nicht mehr gehen und wurde zu Bett gebracht. Die Gegend der Patella schwoll an, bis nach drei Wochen die Geschwulst aufbrach und eine ziemliche Menge Eiter sich entleerte. Bei der Aufnahme in die Klinik, die nach weiteren vier Wochen erfolgte, fand sich in der Mitte der rechten Kniescheibe eine Fistel, die auf rauhen Knochen der Kniescheibe führte. Die eingeführte Sonde gelangte in den oberen Rezessus des Kniegelenks, im Gelenk selbst befand sich kein Erguß, Streckung war aktiv und passiv völlig, Beugung bis zu 70° möglich. Lungenbefund normal. Bei der Operation fand sich der größte Teil der Kniescheibe (etwas mehr als die

Digitized by Google

obere Hälfte) zerstört. Exstirpation der erkrankten Partien; nach neun Wochen Heilung, guter Allgemeinzustand, Beugung noch etwas gehindert, Gelenk frei von Erguß, keine Schmerzen, Oberschenkel noch 2 cm dünner als der der gesunden Seite. Das Röntgen-Bild ergibt, daß sich schon neuer Knochen gebildet hat. Die Untersuchung der exstirpierten Gewebsteile ergab Tuberkulose; Vater und eine Schwester des Patienten waren an Tuberkulose gestorben. — (Inaug.-Dissert., München 1905.)

2. Die Frage der traumatischen Lungentuberkulose ist immer noch strittig. Krasser berichtet über drei einschlägige Fälle, die beweisen, wie oberflächlich und leichtsinnig manchmal Gutachten gemacht werden. Im ersten Fall handelte es sich um einen 30jährigen Bahnarbeiter, der wegen „Lungenblutungen" infolge eines vor fünf Jahren erlittenen Unfalles zur Beobachtung kam. Beim Ausladen eines Rollwagens erlitt er infolge Umkippens des Wagens eine Zerrung der rechten Schulter und des Brustkorbes. Darauf traten Schmerzen und Knarren im rechten Schultergelenk auf, weshalb der Mann Rentenansprüche erhob. Der erstbehandelnde Arzt stellte als Unfallfolge Myositis ossificans fest, die aber von zwei Nachbegutachtern nicht anerkannt wurde. Nachdem der Mann definitiv mit seinen Ansprüchen wegen der Schulter abgewiesen war, traten plötzlich „Lungenblutungen" auf, die von den behandelnden Aerzten auf den Unfall bezogen wurden. Da der letzte Gutachter Simulation vermutete, kam der Rentenbegehrer zur Beobachtung. Jetzt behauptete der Mann plötzlich, er habe schon einen Tag nach dem Unfall Blut gespuckt. Der Lungen- und Sputumbefund war absolut negativ, im Auswurf, reinem Mundspeichel, fanden sich Eiterkörperchen. Diese stammten von einer chronischen Gingivitis, deren Ursache starke Zahnsteinbildung war, und von einer Zahnfistel; aus dieser Quelle hatte der Mann auch das Blut zu den angeblichen Lungenblutungen gesogen. Obwohl die auffallende Tatsache bestand, daß die „Lungenblutungen" in Pausen von 4—6 Monaten auftraten und gerade dann wieder eintraten, wenn der Mann zur Nachuntersuchung kommen sollte, hatte keiner der Vorgutachter sich die Mühe genommen, einmal Mundhöhle und Sputum zu untersuchen.

Der zweite Fall betrifft einen Mann, der bei einem Unfall links zwei Rippen brach; seitdem waren angeblich öfter kleinere Blutungen aufgetreten. Es bestand aber keine „traumatische Phthise", wie sie der erste Gutachter angenommen hatte, sondern bei tuberkelbazillenfreiem Sputum eine chronische Bronchitis in beiden Unterlappen bei einem Alkoholisten, die schon vor dem Unfall vorhanden gewesen war.

Im dritten Fall handelt es sich um einen 51jährigen Arbeiter, der schon zehn Jahre vor dem Unfall zwölfmal Pleuritis von jedesmal sechswöchentlicher Dauer überstanden hatte. Der „Unfall" bestand darin, daß der Mann beim Arbeiten an einem Webstuhl mit dem Fuße ausglitt und sich dabei, um nicht hinzufallen, an einem vorstehenden Hebel festhielt. Danach traten Schmerzen in der linken Seite auf, und nach einer halben Stunde Bluthusten von einem Kaffeelöffel. Es handelte sich, wie der Befund ergab, um eine ganz alte, langsam fortschreitende schrumpfende Tuberkulose beider Lungenspitzen, deren Ursache sicher nicht der Unfall, sondern die schon zehn Jahre vor dem „Unfall" überstandenen Rippenfellentzündungen waren. Es lag also auch hier eine „traumatische Phthise" nicht vor. — (Dissert. Erlangen 1905.)

3. Es wurden 19 Fälle von Frakturen, 18 unkomplizierte der Extremitäten und eine komplizierte Schädelbasisfraktur, untersucht; bei acht Fällen trat mehrere (7—20) Stunden nach dem Trauma spontane Zuckerausscheidung auf, bei fünf Fällen wurde alimentäre (nach Aufnahme von 50 g Traubenzucker) Glykosurie beobachtet, bei sechs Fällen war gar kein Zucker im Harn nachzuweisen; also bei 42·1% trat spontane, bei 26·3% alimentäre, bei 31·6% der Fälle gar keine Glykosurie auf. Glykosurie nach Frakturen ist demnach ziemlich häufig; diese Erscheinung ist noch nicht genügend erklärt. Vf. gibt zwei Erklärungen:

Digitized by Google

1. Da bei jeder Fraktur feinste Fetttröpfchen in den Kreislauf kommen, so können diese in der Medulla oblongata Embolien setzen und so ein Phänomen zustande bringen, das dem Zuckerstich Claude Bernards gleichbedeutend wäre.

2. In Blut und Lymphe kommt ein diastatisches Enzym vor, das Glykogen in Zucker überführt; das Glykogen ist nun ein regelmäßiger Bestandteil aller entwicklungsfähigen Zellen, insbesondere aber der Gewebe, in denen eine lebhafte Zellneubildung stattfindet, wie z. B. gerade an einer Frakturstelle. Die durch die Auflösung der Zelltrümmer erzeugten Stoffwechselprodukte verursachen nun wahrscheinlich eine freiere Wirkung des Enzyms, oder sogar eine Vermehrung dieses, und anderseits eine Hemmung der Wirkung des glykolytischen Ferments. Dadurch wird das in den rege proliferierenden Zellen vermehrte Glykogen in außerordentlichem Maße in Zucker verwandelt und der in den Säften kreisende Zucker gar nicht oder nur wenig in Glykogen übergeführt. Dieses an Zucker reiche Blut passiert nun kein Organ, das den Zucker in Glykogen verwandeln könnte, sondern es fließt durch den kleinen Kreislauf und die Aorta den Nieren zu, die dann den Zucker ausscheiden. Nach 5—14 Tagen war bei allen Fällen der Harn wieder normal. Dies ist für die Unfallbegutachtung sehr wichtig. Wenn z. B. mehrere Stunden nach einer Fraktur Zucker im Harn des Patienten auftritt, der Verunglückte nach einigen Tagen wieder ganz zuckerfrei ist und dann, nach Wochen und Monaten vielleicht, wieder plötzlich Zuckerausscheidung, diesmal verbunden mit Polyurie, Hunger- und Durstgefühl, zeigt, dann ist anzunehmen, daß der Diabetes Unfallfolge ist; wenn aber vom ersten Tage des Unfalls ab diabetische Symptome vorhanden sind, so ist zu begutachten, daß der Diabetes schon vorher bestand oder ein latent bestehender durch das Trauma zum offenen Ausbruch gekommen ist. — (Dissert., Breslau 1906.)

4. Fürstner weist darauf hin, daß trotz der reichen, im letzten Jahrzehnt gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiet der „Unfallneurosen“ und der „Unfallpsychosen“ noch mancherlei Schwierigkeiten bestehen, da die Erkrankungen selbst und ihre Folgen durch die sozialen Verhältnisse, durch die von Haus aus bestehende körperliche und geistige Qualifikation des Verletzten, durch die Art des Unfalles, sowie durch die Regelung der Rentenansprüche in viel höherem Maße beeinflußt werden als andere Erkrankungen. Die Aufgabe des späteren Begutachters wäre erleichtert, wenn in den ersten ärztlichen Berichten die Art und Weise des Unfalles und die unmittelbar nach dem Unfall beobachteten Symptome und Veränderungen ausführlichst geschildert würden. Häufig steht nach Jahren die Geringfügigkeit des Unfalls in einem krassen Gegensatz zu den Klagen des Verletzten und zu seinen — lügnerischen (Ref.) — Angaben über den Hergang des Unfalls. Häufig werden in den ersten Gutachten Depressionen und Prominenzen am Schädel erwähnt und als Unfallfolgen angesehen, die sich bei genauerer Prüfung als Abnormitäten der Nähte oder der Schädelknochen entpuppen; auch vor dem Unfall längst vorhanden gewesene Abnormitäten der Wirbelsäule werden häufig fälschlich als Unfallfolgen angesprochen, weiterhin oft Erkrankungen des Gehörorgans, die viele Jahre hindurch schon bestanden haben und nun vom Verletzten auf den Unfall zurückgeführt werden, wie Verdickungen und Perforationen des Trommelfells, Residuen von Mittelohraffektionen, Labyrintherkrankungen. All diese Verwechslungen, die noch dazu meist durch spätere unwahre Angaben des Verletzten meist gestützt werden, sind zu vermeiden, wenn der erste Begutachter genau untersucht und eine sorgfältige objektive Anamnese aufnimmt. Auch der psychische Status ist eingehend im ersten Gutachten zu berücksichtigen, besonders in Bezug auf den Alkoholismus. Spielt doch die Abschwächung der Willensenergie bei dem Entstehen der vom Vf. sogenannten „Unfallhypochondrie“ die Hauptrolle! Auch die geistige Minderwertigkeit der Bevölkerung in gewissen Gegenden ist ein wichtiges ätiologisches Moment bei den „Unfallneurosen“. Das

Digitized by Google

erste ärztliche Gutachten soll über alle körperlichen und geistigen Eigenschaften des Unfallverletzten sowie über dessen Leistungsfähigkeit vor dem Unfall so ausführlich Auskunft geben, daß es später jederzeit als Grundlage für alle folgenden Gutachten dienen kann. Um zu verhindern, daß schon längere Zeit bestehende Krankheitserscheinungen bei einem etwaigen Unfall als dessen Folgen angesehen und, wie das häufig vorkommt, vom Verletzten als solche angegeben werden, schlägt Vf. vor, daß bei manchen Berufsarten, bei denen erfahrungsgemäß Störungen der Sinnesorgane und des Nervensystems beobachtet werden, periodisch Untersuchungen der Versicherten vorgenommen werden. — (Straßb. med. Ztg., April 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Kritisches und Neues zur Therapie des Tonsillenabszesses. Von Dr. G. Sommer. Ref. Weil, Wien.

Ist die Diagnose des Tonsillarabszesses einmal sichergestellt, dann macht Vf. jetzt fast ausnahmslos gleich die Tonsillotomie. Man eröffnet dadurch regelmäßig den tatsächlich oft schwer lokalisierbaren Abszeß, die Beschwerden schwinden sofort und dauernd und eventuellen späteren Rezidiven wird am wirksamsten vorgebeugt. Zur Erzielung der lokalen Anästhesie pinselt Vf. mehrmals in Zwischenräumen von 5 Minuten mit 5%iger Kokainlösung und injiziert dann eine Pravazsche Spritze voll 3%iger Kokainlösung mit einigen Tropfen Adrenalin an 2—3 Stellen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 1906.)

Ueber Schleimhautlupus der oberen Luftwege. Von Dr. Max Senator. Ref. Weil, Wien.

Gewisse therapeutische Errungenschaften der Neuzeit, speziell Finsens Behandlung, haben Veranlassung gegeben, dem Lupus der Schleimhäute erhöhte Beachtung zuzuwenden, nicht nur den Fällen, welche wegen Hals- und Nasenbeschwerden den Laryngologen direkt aufsuchen, sondern von vornherein allen Fällen von Gesichtslupus überhaupt. Vf. berichtet über 35 solche Fälle, die ihm aus der Lassarschen Klinik ohne Auswahl überwiesen wurden (darunter waren nur fünf Männer). Nur sieben Fälle hatten gesunde Schleimhäute und in fünf davon war die Nase gar nicht ergriffen, so daß nur zwei Fälle von Lupus der äußeren Nase und intakter Schleimhaut übrig bleiben. Beide Nasenhälften waren meist sehr ungleich erkrankt; die direkte Verbindung des inneren und des äußeren Lupus fehlte häufig und der vordere Teil des knorpeligen Septums war an der typischen Stelle regelmäßig der Sitz eines älteren und größeren Herdes, so daß für solche Fälle eine Infektion mit dem beschmutzten Fingernagel mit höchster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Ja, es scheint, daß dort in der Mehrzahl der Fälle der Lupus des Naseninnern überhaupt beginnt und dann zunächst Kontaktinfektion der gegenüberliegenden Partie der unteren Muschel stattfindet. Die mittlere Muschel ist recht selten erkrankt. Auch die Erkrankung der vorderen Mundhöhle, des Zahnfleisches, des weichen Gaumens u. s. w. ist relativ selten.

Bei verdächtigen Stellen kann man mit einem trockenen Wattepinsel leicht darüberfahren; selbst kleine Knötchen pflegen dabei leicht zu bluten.

In sechs Fällen fand Vf. auch die Lunge erkrankt mit geringer Spitzeninfiltration, vorwiegend trockenem Katarrh und ohne Neigung zu schnellem Fortschreiten. Der Husten ist selten und gering.

Die Licht- und Heißluftbehandlung kann nur bei Erkrankung der vordersten Partien Erfolg haben. Für die entlegeneren Teile empfiehlt Vf. eine energische chirurgische Therapie selbst mit Zuhilfenahme des Galvanokauters. Nicht vergessen darf man, die Narben der früher operierten Stellen besonders zu kontrollieren, da in ihnen leicht Rezidive auftreten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1906.)

Zur nasalen Behandlung der Epiphora. Von Dr. Arthur Meyer. Ref. Weil, Wien.

Der nasale Ursprung des Tränenträufelns kann auf zwei Momenten be-

Digitized by Google

ruhen: auf reflektorischer Vermehrung der Sekretion durch einen irgendwo in der Nase gelegenen Reiz oder auf mechanischer Behinderung des Abflusses im Verlaufe des Tränennasenkanals oder an seiner Mündung. Vf. fand in vielen Fällen eine besondere Form der unteren Muschel; sie lag der äußeren Wand des unteren Nasenganges enge an, der konkaven Fläche derselben sich anschmiegend, wodurch natürlich die Verlegung der Kanalmündung besonders begünstigt war.

Die Resektion der unteren Muschel müßte in solchen Fällen bis hart an ihren Ansatz gehen, was für die Atmung die bekannten Nachteile hätte. Vf. hat sich daher auf die Abspreizung der unteren Muschel beschränkt. Er faßt sie mit einer flachen stumpfen Nasenzange weit genug nach hinten und möglichst hoch bis zu ihrem Ansatz und knickt sie nach dem Septum zu um 30—45° um; sie bleibt in ihrer neuen Lage stehen und federt nicht zurück, da ja eine Infraktion an ihrem Ansatze stattgefunden hat. Schmerzen und Blutung sind gering, eine Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Das Tränenträufeln verschwindet in 8—14 Tagen; eine Kontrolle der Dauerheilung hat Vf. indessen noch nicht vornehmen können. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 23, 1906.)

Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose (Heißluftkauterisation und Kalomel-Jod-Behandlung). Von Dr. Eugen Holländer. Ref. Weil, Wien.

Vf. hat seit zehn Jahren zirka 100 Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut, zirka 30 Fälle von tuberkulösen und lupösen Affektionen des Mundes und Zahnfleisches, zwölf Fälle von Lippentuberkulose und noch einige seltene Lokalisationen mit Heißluftkauterisation mit sehr gutem Erfolge behandelt, darunter auch dreimal das Kehlkopfinnere nach Laryngotomie, einmal bei aszendierender Tuberkulose mit sehr gutem Resultat.

Seit $1^1/_2$ Jahren übte er die Kalomel-Jod-Therapie. Die Anwendung dieser sonst verpönten Kombination hatte den besonderen Vorteil, daß sich mit ihr eine elektive Wirkung erzielen ließ. Die Erfahrung lehrte, daß das Kalomel an den geschwürigen Stellen viel intensiver haftete und die leichte Aetzwirkung durch das gebildete Quecksilberjodid an diesen viel kräftiger zur Entfaltung kam, als an den mit Epithel bedeckten. Vf. glaubt aber, daß die leichte lokale kaustische Wirkung des Jodquecksilbers allein unmöglich für die Resorption tuberkulöser Bildungen verantwortlich gemacht werden kann und stellt sich eine chemotaktische Jodüberschwemmung der erkrankten Gegend als das wirksame Heilprinzip vor.

Er läßt einen Eßlöffel voll einer 5%igen Jodkalilösung einnehmen und eine Viertelstunde später das Kalomel in verschiedener Weise applizieren. Entweder wird ein Bausch mit Kalomelpulver auf die erkrankte Partie gelegt und bis 24 Stunden liegen gelassen, oder es wird eingerieben, oder er spritzt eine 1—2%ige ölige Schüttelmixtur direkt in das Gewebe. Dabei bekam er Gewebsnekrosen, nach deren Resorption oder Abstoßung der Prozeß oft erstaunlich günstig beeinflußt war. In den Kehlkopf wird das Kalomel eingeblasen. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1906.)

Gynäkologie.

Ueber die Erfolge der vaginalen Uterusexstirpation wegen Karzinom. Von Dr. Albert Blau, Wien. Ref. G. Wiener, München.

In der Klinik Chrobak, Wien, ergab sich bei der vaginalen Totalexstirpation eine Operabilität von 17·1%; werden die Fälle eingerechnet, in welchen zwar der ganze Uterus exstirpiert wurde, sich aber im Verlaufe der Operation zeigte, daß nicht mehr im Gesunden operiert werden konnte, so erhöht sich die Operabilität des Uteruskrebses im allgemeinen auf 20·46%, die der vaginalen Operationen auf 18·5%. Vom Januar 1890 bis 1. Oktober 1903 wurde letztere 309mal ausgeführt, und zwar bei 226 Portio-, 45 Cervix- und 36 Corpus-Karzinomen und bei 2 karzinomatösen Polypen. Die primäre Mortalität betrug 5·8%. Bei 252 Fällen konnte 1—14 Jahre nach der Operation nachgeforscht werden. 8 davon

Digitized by Google

starben 1—7 Jahre nach der Operation, ohne Rezidiv, an anderen Krankheiten, mehrere Fälle scheiden aus anderen Gründen aus, es bleiben 161 Fälle. Von diesen sind bisher an Rezidiv erkrankt 112 = 69·56%.

Rezidivfrei sind 49 = 30·4%

Da die Arbeit größtenteils statistisch gehalten ist, eignet sie sich nicht weiter für ein kurzes Referat, weshalb ich Interessenten auf das Original verweise. — (Beitr. z. Geburth. u. Gynäkol., Bd. 10, H. 3.)

Resistenzerhöhung des Peritoneums gegen Infektion mittels Nukleinsäure; eine prophylaktische Maßnahme, um die Morbidität und Mortalität nach der abdominalen Radikaloperation des Gebärmutterkrebses herabzusetzen. Von Dr. Walther Stannes, Breslau. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat, nach dem Vorgange von Mikulicz bei Darmoperationen, in 51 Fällen von abdominaler Radikaloperation des Gebärmutterkrebses in der Klinik Küster, Nukleinsäure zur Resistenzerhöhung des Peritoneums vor der Operation injiziert. Es wurden stets 50 cm³ einer sterilen Lösung einer 2%igen Nukleinsäurelösung, also 1 g Nukleinsäure, gegeben. Verwendet wurde die fabrikmäßig neutralisierte Verbindnng des nukleinsauren Natriums, wovon nur eine 2%ige Lösung in destilliertem Wasser hergestellt zu werden braucht. Die Injektion fand stets in die Mohrenheimsche Grube 12—16 Stunden vor der Operation statt. Nach Mikulicz kann man darauf rechnen, 12 Stunden danach im aufsteigenden Ast der Hyperleukozytose zu operieren. An der Injektionsstelle entsteht manchmal lebhafte Rötung und Schwellung mit entsprechender Schmerzhaftigkeit; Eiterung oder Gewebsnekrose hat der Vf. dagegen nie beobachtet. Von den 51 Frauen starben 11, also 21·5%; die postoperative Mortalität ging dadurch gegen früher um 20% herunter. Doch stellt es der Vf. immerhin in Frage, ob dieses Resultat allein der Einführung der Nukleinsäure zuzuschreiben sei, da ungefähr zur gleichen Zeit mit diesen Versuchen begonnen wurde, den Douglas nach unten zu drainieren und die Chloroformnarkose verlassen und zur Morphinäthernarkose übergegangen wurde. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 24, 1906.)

Enukleation von Fibromyomen des Uterus während der Schwangerschaft. Von J. Stewart, Leeds. Ref. G. Wiener, München.

Fibrome des Uterus, welche eine Enukleation während der Schwangerschaft nötig machen, sind sehr selten. Vf. hat auch in der Literatur nur sehr wenige derartige Fälle gefunden.

Sein eigener Fall betrifft eine 35jährige I-Para, welche im Beginn des sechsten Schwangerschaftsmonats war. Sie ließ ihn rufen wegen großer Kreuzschmerzen, und er glaubte zuerst an eine beginnende Frühgeburt. Am anderen Tag war der Schmerz noch heftiger und starkes Brechen vorhanden, während die Frau sonst während der Schwangerschaft nie gebrochen hatte. Die Temperatur betrug 101 F., der Puls 110. 14 Tage vorher hatte die Frau auf der linken Seite einen Knollen entdeckt, welcher beweglich war und von Zeit zu Zeit seine Lage veränderte. Derselbe war faustgroß und hart.

Der Vf. hielt die Geschwulst nunmehr für eine Ovarialzyste, wahrscheinlich ein Dermoid, welche sich um ihre Achse gedreht hatte; ein zweiter Arzt bestätigte die Diagnose. Umso größer war das Erstaunen der beiden, als sich am nächsten Tag bei der Operation herausstellte, daß es sich um ein Fibrom handelte. Dasselbe wurde ausgelöst und die Schwangerschaft ging ungestört zu Ende. — (The british medical Journal, Nr. 2358, 10. März 1906.)

Zur Wirkung der Radiumstrahlen auf inoperable Karzinome. Von Prof. Schücking, Pyrmont. Ref. G. Wiener, München.

Vf. hat bei einer 56jährigen Frau mit dem inoperablen Uteruskarzinom, das auf Becken und Scheiden übergegriffen hatte und in der Mitte jauchig zerfallen war, Radiumbromid appliziert, und zwar verwendete er 3 mg in 2 Kapseln von 1 und 2 mg, welche er an das Karzinom heranbrachte und mittels Vioformgaze fixierte. Die Applikationsstelle des Radiums wurde nach Möglichkeit gewechselt. Die Dauer des Versuches betrug 5 Wochen und das

Digitized by Google

Resultat war folgendes: Die gesamte Oberfläche der Krebswucherung war bis auf eine Tiefe von mehreren Zentimetern zerstört, der jauchige Zerfall hatte vollständig aufgehört und nach zirka 9 Tagen nach Entfernung des Radiums trat an den mit Granulationen bedeckten Stellen ein narbiger Verschluß ein. Auch die anderen Partien hatten sich geschlossen und das Gesamtresultat war ein solches, wie es sicher weder mit dem Brenneisen noch mit Ausschabung zu erreichen gewesen wäre. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 9, 1906.)

Zur Frage der Katgutsterilisation. Von Otto v. Herff. Ref. G. Wiener, München.

Nachdem der Vf. alle Zubereitungsweisen von Katgut versucht hat, kommt er auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, daß für die Verwendung von keimfreiem Katgut das Humolkatgut das beste sei. Wird keimfreies und gleichzeitig keimtötendes Katgut aber vorgezogen, so ist Jodkatgut nach Schmidt-Billmann, in wässeriger oder alkoholischer Lösung, jedenfalls aber in 95%igem Alkohol aufbewahrt, am meisten zu empfehlen, umsomehr es auch in Bezug auf Festigkeitsabnahme dem ersteren vorzuziehen ist. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1906.)

Ueber die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnose bei Uteruskarzinom. Von Thomas Wilson M. D. Ref. G. Wiener, München.

In England und Wales sterben jährlich zirka 4000 Frauen am Uteruskrebs. Die Dauer der Krankheit beträgt zwischen 2 und 3 Jahren, so daß man annehmen kann, daß andauernd 10.000 Kranke am Karzinom leiden. Vor 20 Jahren war die Diagnose des Uteruskrebses so gut wie ein Todesurteil. Dr. Duncan zeigte im Jahre 1885, daß die vaginale Hysterektomie 28·6, die abdominale 72% primäre Mortalität ergab. Heute gibt die erstere 5%; der Vf. selbst hat 48 vaginale Hysterektomien ausgeführt mit nur 1 Todesfall, 40mal davon bei Zervixkarzinum. In 14 Fällen sind seit der Operation mehr als 5 Jahre verflossen, bei 6 davon ist der Verlauf unbekannt, nur 2 sind rezidivfrei, so daß man also nur von einer Heilung von 14·3% sprechen kann.

Diese mehr wie traurigen Resultate veranlassen den Vf. zu einer eindringlichen Aufforderung, die ersten Symptome des Uteruskrebses genau zu beobachten. Nach ausführlicher Erörterung der letzteren und Angabe der Gründe, welche die Frauen davon abhalten, frühzeitig genug zum Arzte zu gehen, kommt er zu dem Schlusse, daß nur die gründliche mikroskopische Untersuchung wirklich wertvolle Aufschlüsse für die Diagnose geben kann. — (The british medical journal, Nr. 2358, 10. März 1906.)

Geburtshilfe.

Ein Handgriff zum leichteren Auffinden der kindlichen Herztöne vor Ende der ersten Schwangerschaft. Von Dr. Max Schwab, Erlangen. Ref. G. Wiener, München.

Auf der rechten Seite der Frau stehend, setzt man die Kleinfingerseite der rechten Hand dicht oberhalb der Symphyse senkrecht auf und drückt sie dann in die Tiefe bis nahezu an die Wirbelsäule. Die Hand schiebt dadurch den Inhalt des Eies nach oben, bis man ihn als Resistenz an der Handfläche fühlt. Dann setzt man auf die am stärksten prominente Stelle des Stetoskop auf und hört dann die klarsten kindlichen Herztöne. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 22, 1906.)

Ueber die Wendung bei Placenta praevia. Von Dr. Rudolf Jolly, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

In der Klinik Ohlshausen wird bei Placenta praevia totalis und partialis stets gewendet. Die Verhältnisse in der Klinik liegen ja natürlich günstiger, da man eher zuwarten kann, was in der Poliklinik und der Privatpraxis oft nicht möglich ist. Deshalb ist in diesem Falle die Wendung die beste Methode, während in der Klinik auch andere Verfahren in Konkurrenz treten. Vf. empfiehlt eine Methode, welche sich ihm als sehr zweckmäßig erwiesen hat. Bei nicht erweitertem Muttermunde kann bei Placenta praevia nicht die

Digitized by Google

volle Hand in den Uterus eingeführt werden, sondern man muß den Fuß mit ein oder zwei Fingern herunterholen. Die Schwierigkeit liegt hiebei nicht in der Umdrehung der Frucht, sondern gerade in dem Ergreifen und Herunterholen des Fußes. Versucht man das, solange die Eihöhle noch mit Fruchtwasser gefüllt ist, so wird der Fuß immer wieder ausgleiten; hat man jedoch vor der Wendung das Fruchtwasser ablaufen lassen, so wird der Griff viel leichter gelingen. Man soll also nach Blasensprengung möglichst viel Fruchtwasser ablaufen lassen und dann erst den Fuß zur Wendung herunterholen. Je mehr man ablaufen läßt, um so besser ist der Erfolg; man darf sich nicht mit einer geringen Menge begnügen, sondern muß eventuell den vorliegenden Teil zurückschieben, um freie Passage für den Fruchtwasserstrom zu schaffen. Um höher in den Uterus heraufzukommen, empfiehlt es sich, die ganze Hand in die Vagina einzuführen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

Zur Aetiologie und Therapie der Eklampsie im Wochenbett. Von W. Liepmann, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Während bei der Eklampsie in Schwangerschaft und Geburt die Schnellentbindung die beste Therapie bildet, ist man bei Wochenbetteklampsien lediglich auf die Behandlung der jeweilig vorherrschenden Symptome angewiesen. Schädigt das eklamptische Gift das Nierenparenchym, so sollen physiologische Kochsalzinfusionen 2000—4000 cm^3 subkutan gegeben werden. Bei Plethora ist Aderlaß indiziert; wird das Herz geschädigt: Coeffein. natr. salicyl. 5·0, Aq. destill. steril. 5·0 subkutan, Ol. campher. subcutan, nach Bedarf bis zu 15 Spritzen und mehr von jeder Lösung pro die; bei Schädigungen des Gehirns künstliche Atmung, die tagelang mit Intervallen von einer halben Stunde fortgesetzt wird; in den Pausen Abklatschungen mit kaltem Wasser; kalte Packungen; Narkotika so wenig wie möglich, am besten 3 g Chlorhydrat pro dosi per Klysma; Morphium nur bei stärkerer Unruhe, 0·03 pro dosi. Durch diese Maßnahmen wurden in der Klinik Bumm fünf Patientinnen, die schon Lungenödem hatten und die man für moribund hielt, gerettet. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 24, 1906.)

Ueber Indikationen zum künstlichen Abort. Von Prof. Friedrich Ahlfeld, Marburg. Ref. G. Wiener, München.

Vf. wendet sich in diesem Artikel an die praktischen Aerzte, indem er sie bittet, der Klinik die Kranken nicht mit einem ihnen mündlich mitgeteilten fertigen Behandlungsplan, besonders in Bezug auf künstlichen Abort, zu übersenden. So dankbar die Klinik den Aerzten für Ueberweisung von Patienten sei, so peinlich könne sich ein derartiges Vorgehen für beide Teile gestalten, wenn sich der Anstaltsleiter nach längerer Beobachtung der Ansicht des Kollegen nicht anschließen kann. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 23, 1906.)

Ueber gastrische Wehenschwäche. Von F. A. Kehrer, Heidelberg. Ref. G. Wiener, München.

Die Beziehungen zwischen dem Magen und dem weiblichen Genitalapparat werden durch Nerven und Blut vermittelt. Unter gewöhnlichen Verhältnissen treten keine besonderen Relationen zwischen beiden Organen hervor, wohl aber bei der Menstruation und den verschiedenen Phasen der Fortpflanzung. Der Vf. wurde seinerzeit auf dieses Kapitel aufmerksam gemacht durch einen Fall, der in drastischer Weise den Einfluß der Magenfüllung auf die Uteruskontraktionen demonstrierte. Es wurde eine II. para eingebracht, bei der nur alle 20—25 Minuten sehr schwache Wehen auftraten. Plötzlich wurde ihr sehr schlecht, und sie entleerte eine große Waschschüssel voll Gurkensalat, welchen sie nach ihrer Angabe zur „Stärkung bei der Geburtsarbeit" genossen hatte. Nach dem Erbrechen kamen die Wehen stark und alle fünf Minuten, und die Geburt ging bald von statten. Vf. zieht daraus den Schluß: Plenus venter non parit libenter, und macht es sich zur Regel, bei Wehenschwäche über den Zustand des Magens und die Quantität und Qualität der vorher genossenen Speisen orientiert zu sein.

Digitized by Google

Beim Vorhandensein von gastrischen Erscheinungen rät er zur Verabreichung eines Vomitivs; die Magenausspülung mit der Schlundsonde habe nicht dieselbe Wirkung, da sich durch feste Nahrungsmittel die Sondenfenster verstopfen können. Daß zu reichliche Füllung des Magens hemmend auf die Geburtswehen wirkt, kann vielleicht die rätselhafte Erscheinung erklären, daß die ersten Geburtswehen am seltensten zwischen 12 und 6 Uhr, also nach der Hauptmahlzeit, auftreten. — (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 10, H. 1.)

Ueber Lumbalpunktion bei Eklampsie. Von Dr. J. Thies, Leipzig. Ref. G. Wiener, München.

In der Klinik Zweifel wurden 17 Fälle von schwerer Eklampsie mit Lumbalpunktion behandelt. Zwei Fälle sind von vornherein auszuschalten: einer, bei dem keine Zerebrospinalflüssigkeit zu erhalten war, und ein anderer, der sich später als schwere Epilepsie erwies. In einem dritten Falle waren die Krämpfe zuerst eklamptisch, später urämisch. Ein Erfolg der Behandlung war nur in einem Teil der Fälle zu konstatieren. Auf die Zahl der Anfälle hat sie keinen nachweisbaren Einfluß gehabt, nur ein einziges Mal hörten dieselben ganz auf. Siebenmal setzten sie vorübergehend aus und siebenmal war gar keine Wirkung zu beobachten. — (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 23, 1906.)

Therapeutische Fortschritte in der Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers. Von Prof. Dr. A. Dührssen, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Eine in der Praxis leicht zu handhabende Therapie der Sepsis bei Puerperalfieber besteht in der von Wernith (Odessa) angegebenen kopiosen Darmirrigation mit vielen Litern einer physiologischen Kochsalzlösung. Hofbauer gibt neben einer täglichen Infusion eines $^1/_2$ l Kochsalzlösung innerlich 5 g Nuklein, zwecks Erzielung einer künstlichen Hyperleukozytose (mit glänzendem Erfolg). Curschmann rät bei leichteren und mittelschweren Fällen die protrahierte Darreichung von Antipyrin (täglich 2 bis 4 g in Dosen von 0·5). Besonderes Interesse findet allgemein die Serumtherapie, vor allem das Aronsonsche Antistreptokokkenserum. Nach Bumm ist dasselbe in den Fällen wirksam, wo die Streptokokken noch nicht über die Eingangspforten des Endometriums hinausgelangt sind. Ueber das Kollargol sind die Ansichten sehr geteilt. Die intravenöse Einspritzung soll höchstens mit einer 2%igen Lösung, bis zu einer Menge von 10—60 cm³, in die Vena mediana gemacht werden, doch ist den Praktikern die rektale Einverleibung eher anzuraten. Die Berechtigung der Uterusexstirpation bei Puerperalfieber muß sich je nach den einzelnen Fällen richten. Manchmal genügt statt der Exstirpation die Resektion eines breiten Mutterbandes. Die Unterbindung der Venen nach Trendelenburg empfiehlt Bumm bei der chronischen Pyämie, bei der der Uterus gut involviert erscheint und nur eine Venenverdickung zu fühlen ist, doch glaubt Dührssen, daß speziell bei einseitiger Thrombophlebitis sich die vollständige Resektion des einen Ligamentum latum mit nachfolgender vaginaler Drainage und Uebernähung der Beckenhöhle mit Blasenperitoneum besser bewährt, als die einfache Unterbindung, respektive Exzision.

Von nicht operativen Behandlungsmethoden der Pyämie vertraut Bumm noch am meisten der künstlichen Abszeßbildung durch subkutane Terpentininjektion, 2—5 cm³ nach Pochier. Bei der allgemeinen spezifischen Peritonitis hält Dührßen die womöglich vaginal vorzunehmende Exstirpation des Uterus und der Adnexe mit nachfolgender Jodoformgazetamponade in die Beckenhöhle für die beste Therapie.

Schließlich stellt er die Forderung auf, daß an allen Krankenhäusern Spezialabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie vorhanden sein sollten, da die Anforderungen, welche beide Fächer an den modernen Arzt stellen, so groß sind, daß dieselben nicht nebenamtlich von einem Internisten oder Chirurgen erfüllt werden können.

Dührßen ist ferner der Ansicht, daß jede pathologische Geburt dem Krankenhause überwiesen werden soll und hofft, daß es mit der Zeit gelingen werde, auch

Digitized by Google

bei normalen Geburten selbst die Frauen der besseren Stände zum Aufsuchen einer Klinik bewegen zu können. Durch das Gebären in einer gut geleiteten Gebäranstalt könne die mütterliche Mortalität von 1% auf 0·1% herabsinken und werde auch die kindliche Mortalität eine geringere werden. — (Die Heilk., H. 5, 1906.)

(Hier in München wurde gerade in den letzten Wochen obige Frage auf Anregung von Frau Dr. Adams-Lehmann lebhaft ventiliert. Frau L. brachte die Idee zur Vorlage, eine geburtshilflich-gynäkologische Anstalt zu errichten, die unter Leitung eines Oberarztes stehe, in die aber jeder Arzt seine Kranken legen und selbst behandeln könne. Bei minder bemittelten Frauen solle durch den Hauspflegeverein für Ersatz in der Häuslichkeit gesorgt werden. So begrüßenswert der Referent persönlich diese Idee findet, kann er doch zu seinem Bedauern an die Verwirklichung derselben nicht glauben. Erstens schon aus pekuniären Gründen, denn es müßte eine Million aus Privatmitteln aufgebracht werden, was zu bezweifeln ist in einer Stadt, in welcher z. B. die Haussammlung des Kinderhilfstages, trotz wirklich großer Anstrengung des Komitees, knapp 54.000 Mk. gebracht hat, und zweitens infolge der Opposition, welche von der Universität, einer großen Anzahl von Aerzten und sämtlichen Hebammen der Idee gemacht wird. D. Ref.)

Urologie.

Studien über Albuminurien mittels der fraktionierten Fällung. Von A. Barlocco. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

In der Absicht, quantitative Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Albuminurie finden zu können, bestimmte Vf. in 16 Fällen durch fraktionierte Fällung die im Urin enthaltenen Mengen von Euglobulin, Pseudoglobulin und Serumalbumin. Jene Absicht wurde jedoch nicht erreicht; die Unterschiede waren nicht durchgreifend. Im einzelnen ergaben sich jedoch mancherlei bemerkenswerte Punkte. So fehlte das Euglobulin in allen Fällen febriler Albuminurie; es fehlte wohl auch sonst gelegentlich, aber nicht so konstant; oft fehlte es einen Tag, um am nächsten desto reichlicher vorhanden zu sein. In dem einzigen untersuchten Falle von orthostatischer Albuminurie fand sich bei wiederholten Untersuchungen auffallend viel Euglobulin, etwa die Hälfte des Gesamtglobulins ausmachend. Die Größe des Quotienten Pseudoglobulin: Euglobulin ließ sich in keiner Weise verwerten, da er in zu weiten Grenzen schwankte und in Fällen ganz heterogener Art gleich sein konnte. In dem untersuchten Falle von Nierenamyloid fand sich, gemäß den Befunden anderer Autoren, auffallend viel Globulin, jedoch durchaus nicht, wie Joachim einmal festgestellt hatte, ein Ueberwiegen des Euglobulins. Auch die Ansicht Hoffmanns, daß ein hoher Eiweißquotient (wenig Globulin im Verhältnis zu Serumalbumin) im Sinne einer guten Prognose spricht, konnte nicht bestätigt werden; wohl war der Quotient hoch bei Stauungsniere, Schwangerschaftsniere, aber auch bei einer Sublimatniere am Todestage. Im Gegensatz zu anderen Autoren (Talamon, Oswald) konnte auch nicht bestätigt werden, daß akute Nephritiden, Schwangerschaftsnephritis, febrile und orthostatische Albuminurie sich durch höhere Globulinzahlen auszeichnen, als andere Formen der Nephritis. — (Gazz. degli osped., Nr. 12, 1906.)

Albuminurie und Menstruation. Von E. F. Christin. Ref. Fritz Loeb, München.

Vf. berichtet über zwei Formen „katamenialer" Albuminurie. Die eine Form findet sich bei Frauen mit unregelmäßiger Menstruation und ist auf ovariale Toxine zurückzuführen, die andere, bei regelmäßig menstruierten Frauen, beruht auf einer reflektorischen Nierenkongestion. Bei dieser Form muß eine, wenn auch minimale Nierenschädigung angenommen werden. Beide Formen sind wesentlich verschieden von den sogenannten „physiologischen" Albuminurien und können zu einer echten Nephritis führen. — (Thèse de Paris, 1905.)

Digitized by Google

Die Pyurie. Von Legueu. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Pyurie kann mit mancherlei anderen Zuständen verwechselt werden, so mit Spermatorrhöe, mit Chylurie, mit Zersetzung des Harnes, mit Bakteriurie, mit Phosphat- und Uratsedimenten. Alle diese Zustände lassen sich aber mit einfachen Untersuchungsmethoden ausschließen. Schwieriger ist die Beantwortung der Frage, woher der Eiter stammt. Vorhandensein von Fäden weist auf einen Ursprung in Urethra oder Prostata hin; die Unterscheidung zwischen Urethritis anterior und posterior wird durch verschiedene Proben: die Gläserprobe, Methylenblauprobe, Spülprobe, erleichtert. Sehr starker Eitergehalt von Beginn an weist auf den Durchbruch einer eitrigen Prostatitis hin. Die Blase sondert nur geringe Eitermengen ab, reichlichere Mengen weisen auf eine Pyonephrose hin. Während ferner die Blase kontinuierlich Eiter produziert, eitert die Pyonephrose mit Intermittenzen, und zwar infolge zeitweiliger Verstopfung des Ureters; bei Blaseneiterungen kommt Intermittenz nur unter ganz bestimmten Bedingungen zustande (prävesikale Eiteransammlung, Durchbruch eines Pyosalpinx). Gelegentlich macht eine Niereneiterung Blasenbeschwerden; die Unterscheidung wird dann durch Exploration, bezw. Distention der Blase, die bei Niereneiterung nicht schmerzhaft ist, geliefert, sowie durch getrenntes Auffangen des Urins beider Seiten. Auf Erkrankung beider Nieren weist hochgradige Polyurie, schlechter Allgemeinzustand, sowie hohes Fieber trotz Verweilkatheter hin, außerdem das Resultat von Zystoskopie, Ureterenkatheter etc. Bezüglich der Ursache der Pyurie denkt man beim Manne an Tuberkulose, wenn keine Gonorrhöe und kein Katheterinsult vorliegt; bei der Frau kommen auch sonstige Spontaninfektionen vor.

Die Behandlung muß eine kausale sein. Man verfalle nicht in den Fehler, reine Milchdiät zu verordnen, sondern setze die Nahrung aus Eiern, Gemüse, Früchten, Fleisch mit wenig Gewürz zusammen. Als Getränk diene gewöhnliches Wasser, die Mineralwässer von Contrexéville, Vittel etc. Von Balsamicis gibt man Santal oder Arrheol, 6—8 Kapseln à 25 cg; Antiseptika wie Salol sind von zweifelhafter Wirksamkeit, besser wirken benzoesaures Natron 3 g täglich, Urotropin und Helmitol 3—6mal 0·5 g. Bei Blaseneiterungen sind Instillationen und Waschungen am Platz, bei hochgradigster Pyurie eventuell chirurgische Eingriffe. — (Journ. des Pratic., Nr. 5, 1906.)

Dermatologie.

Ueber das Hautepitheliom und dessen Behandlung mit Finsen-Licht. Von H. J. Schlasberg. (Aus der Abteilung für Lichttherapie am Krankenhause St. Görau in Stockholm.) Ref. Klemperer, Karlsbad.

Seit Oktober 1902, da das Lichtinstitut am St. Görau-Krankenhause eingerichtet wurde, kamen 19 Fälle von Hautepitheliom zur Behandlung, und zwar wurden nur solche Fälle ausgewählt, bei denen die Aussichten für die Heilung günstig lagen, deshalb nur oberflächlich gelegene, scharf begrenzte, nicht zu tief gehende oder flächenhaft ausgebreitete Fälle. Die Diagnose wurde stets durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Die Technik der Behandlung war dieselbe, wie bei Lupus. Jede Sitzung dauerte 1 Stunde 15 Minuten. Die ersten Fälle wurden direkt lichtbehandelt, ohne jede Vorbehandlung. Da jedoch die Heilung ziemlich langsam fortschritt und Rezidive sich ziemlich rasch einstellte, wurde die Methodik derart geändert, daß das Epitheliom vor der Lichtbehandlung gründlich mit scharfem Löffel unter Chloräthyl-Chloroformanästhesie ausgekratzt wurde. Die Resultate der Behandlung stellen sich folgendermaßen: Zwei Fälle hatten nicht den gewünschten Erfolg und die Behandlung wurde eingestellt. Es war dies ein Fall eines multiplen Epithelioms am linken Fußrücken, bei welchem 40 Séancen kein Resultat erzielten; der Patient wurde unter Röntgen-Behandlung anscheinend geheilt, mußte sich jedoch kurze Zeit hernach wegen eingetretener Rezidive einer Amputation unterziehen. Es

Digitized by Google

war dies ein Naevus carcinomatosus. Der zweite Fall betraf ein Epitheliom der Nase und der Regio submaxillaris.

Hierselbst ging zu Anfang die Heilung rasch vor sich, sistierte jedoch nach einiger Zeit und es zeigte sich, daß auch die Nasenschleimhaut angegriffen war, weshalb die Kranke der Röntgen-Behandlung zugewiesen und anscheinend geheilt wurde. In den übrigen 17 Fällen hat die Lichtbehandlung eine vollständige Heilung erzielt, welche in 14 Fällen bisher auch eine dauernde geblieben ist. Die Beobachtungszeit ist allerdings noch zu kurz, um ein abschließendes Urteil zu bilden, doch dauert dieselbe in neun Fällen über ein Jahr, während die Rezidiven bereits nach 6—7 Monaten sich eingestellt haben. Die Zahl der Bestrahlungen war ungleich, von 2—30 Sitzungen und darüber. Seitdem die Modifikation angewendet wurde, daß der Lichtbehandlung eine Exkochleation vorangegangen war, konnte die Anzahl der Sitzungen herabgesetzt werden und die Aussichten für die Heilung wurden bedeutend besser. Diese Modifikation ist weder von Finsen noch anderen Autoren angegeben worden. Die Narben hatten nach der kombinierten Behandlung ein besonders gutes Aussehen, blaß, weich und zumeist an der Unterlage beweglich. Verfasser schließt aus seinen Beobachtungen, daß die Finsen-Behandlung der Hautepitheliome namentlich nach einer Auskratzung derselben günstige Erfolge zeitigt, wenn dieselben nicht zu ausgebreitet, wohl begrenzt und nicht zu tiefgreifend sind. Anschwellung der regionären Drüsen deutet auf ein tieferes Eindringen des Neugebildes in das Hautgewebe, und gibt nicht die Aussicht, daß dasselbe von den Strahlen erreicht wird. Die ungleiche mikroskopische Struktur des Epithelioms ist für die Behandlung irrelevant, doch ist es möglich, daß Nävuskarzinome eine Ausnahme von dieser Regel bilden. Epitheliome, welche ihren Sitz an Stellen haben, die wegen der vorauszusetzenden Entstellung eine chirurgische Exstirpation nicht erwünschen lassen, sowie Epitheliome bei messerscheuen Individuen können daher der Lichtbehandlung zugewiesen werden. Ob Finsen- oder Röntgen-Behandlung vorzuziehen ist, kann noch nicht entschieden werden.

Der eine Fall, welcher der Röntgen-Behandlung zugewiesen wurde, blieb trotz der letzteren nicht frei von Rezidive, und bei dem zweiten ist die Beobachtungszeit noch viel zu kurz (4 Monate), um ein Schlußurteil zu fällen. Nachdem jedoch die Dosierung der Röntgen-Strahlen denn doch noch nicht präzise genug ist und Dermatitiden zur Folge haben kann, die eventuell in Epitheliome sich umwandeln können, die Finsen-Behandlung dagegen eine etwaige schädliche Nebenwirkung nicht mit sich führt und auch gute Heilungsresultate zu erzielen imstande ist, verdient sie deshalb mehr als bisher in geeigneten Fällen berücksichtigt zu werden. — (Hygiea Stockholm, Jänner 1906.)

Zur Lupusbehandlung. Von K. Hedmann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. wendet schon seit 1895 in den wenigen ihm zur Verfügung stehenden Fällen von Lupus exulcerans folgendes Verfahren an, das bisher stets zum Ziele führte: Die lupöse Stelle wird von Krusten gereinigt und dann mit 50%iger Chlorzinklösung bepinselt; die heftigen Schmerzen werden durch Kokain rasch gelindert. Die Pinselung wird täglich wiederholt. Nach wenigen Tagen merkt man, daß die Wunde frischer aussieht, die Krustenbildung aufhört, die Wundränder beginnen sich einander zu nähern und innerhalb dreier Wochen ist die große Wunde völlig verheilt. Bei einem Falle von Lupus exfoliativus versagte die Methode völlig, wohl weil das Chlorzink die intakte Epidermis nicht durchdringt. Die modernen Behandlungsmethoden mit Röntgen-Strahlen, Finsen-Licht, Heißluftbehandlung etc. mögen besser sein; die hier beschriebene Methode hat jedenfalls den Vorzug, daß sie allgemein, auch in der Landpraxis, anwendbar ist. — (Finska läkaresällsk. handlingar, H. 6, 1904.)

Digitized by Google

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber Gonosan und Gonorrhöetherapie. Von C. Schindler und C. Siebert. Ref. E. Deutsch, Wien.

Das Ziel der Gonorrhöebehandlung ist nicht mehr auf die Beseitigung der subjektiven Symptome und Verminderung der entzündlichen Erscheinungen beschränkt, sondern auf die absolute Gonokokkenbeseitigung gerichtet. Dieses Ziel bestimmt die derzeitige Richtung der Therapie und die Anwendung der organischen Silbersalze verbürge fast seine Erreichung. Die rein exspektative und antiphlogistische Behandlungsweise mußte dieser Methode eo ipso weichen, die innerliche Behandlung aber hat der Hauptforderung — Abtötung der Gonokokken — überhaupt nie genügt und sei auch nur als Adjuvans beibehalten worden.

Nichtsdestoweniger werde in den letzten Jahren mit neuen Mitteln große Reklame getrieben, so mit dem Arhovin, Santyl und Gonosan, und es bestehe die Gefahr, daß durch oder bei Anwendung der genannten Präparate die lokale Therapie vernachlässigt werde. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit dem Gonosan und kommt — wie auch eine bereits vorausgegangene Arbeit aus der Schule Neißers — zum Schlusse, daß die innerliche Darreichung desselben die Gonokokken und somit die Heilung der Gonorrhöe in keinerlei Weise beeinflußt. Kulturversuche mit Gonosanurin ergaben, daß derselbe auf das Gonokokkenwachstum gar keinen Einfluß habe; sei das in vitro, unter so günstigen Bedingungen, der Fall, so könne man nicht erwarten, daß er in der Harnröhre, die doch nur kurze Zeit bespült werde, eine andere, geschweige denn gar eine Tiefenwirkung entfalte. Ja bei weiteren Versuchen zeigte sich, daß auch die Gonosanemulsion in Verdünnungen von 1·0 : 1000·0 keinerlei hemmende Eigenschaften auf das Gonokokkenwachstum ausübe (sondern erst in der Konzentration von 1 : 400); trotzdem zeigte sich, daß selbst 1—5%ige Gonosanemulsion, als Spritzmittel benützt, keineswegs den Anforderungen genüge, die an ein bakterizides Mittel gestellt werden müßten, da sich auch nach achttägiger Verwendung noch Gonokokken fanden, während man es bei richtig angewendeter antibakterieller Behandlung erreiche, daß bei unkomplizierter Gonorrhöe die Gonokokken bereits nach 4—5 Tagen aus dem Sekret verschwinden.

Bei dem Umstande, als das Gonosan also weder innerlich, noch äußerlich die Gonorrhöe irgendwie günstig beeinflusse, ist die Frage naheliegend, warum es sich doch bei vielen Aerzten einer so günstigen Aufnahme erfreue. Einmal sei daran die Bequemlichkeit der Aerzte schuld, die es vorzögen, Kapseln zu verschreiben, als eine mühevolle, lokale Behandlung einzuleiten (also Bequemlichkeit auf Kosten der Praxis, denn der lokal zu Behandelnde bedarf doch täglich des Arztes, zumindest in der ersten Zeit!!), auch sei es vielen in erster Linie um die Beseitigung der Symptome zu tun (also doch eine Leistung des Gonosans, die früher keine Erwähnung fand!), wobei die Meinung vorherrsche, daß auch das Virus der Gonorrhöe beseitigt werde; dies sei aber nicht der Fall, denn nach den früher geschilderten Versuchen sei es erwiesen, daß trotz gegenteiliger Mitteilungen das Gonosan sicher nicht bakterizid wirke; kurz alles, was dem Gonosan nachgerühmt werde, sei unsicher und inkonstant, und nur die frühzeitige energische Lokaltherapie beseitige nicht nur alle Symptome, sondern auch das gonorrhoische Virus, und darum werde auch an der Klinik Neißer überhaupt kein Balsamikum verwendet. Denjenigen, die das Gonosan kennen, wird der auffallende Mangel klinischer Beobachtung in der vorliegenden Arbeit nicht entgehen.] — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1906.)

Ueber schmerzhafte Drüsenschwellung bei Lues. Von H. Vörner. Ref. E. Deutsch, Wien.

Die der sekundären Periode der Syphilis eigentümliche allgemeine Drüsenschwellung ist in der Regel durch die Indolenz charakterisiert. Ausnahmsweise aber komme es zu ganz empfindlichen Schwellungen der sonst wohl auch vergrößerten, aber schmerzlosen Drüsen; daran

Digitized by Google

könnten wohl sekundäre Infektionen schuld sein, wie sie ja sicherlich in den Fällen anzunehmen sind, wo es wirklich zur Vereiterung kommt. Der Autor beschreibt nun einige hieher gehörige Fälle, in welchen der schmerzhafte Drüsentumor prompt der eingeleiteten antiluetischen Kur wich. Er stellt diese schmerzhafte Drüsenschwellung in eine Linie mit der luetischen Mastitis, die ja auch im allgemeinen indolent verlaufe, ausnahmsweise aber auch die Ursache lebhafter Schmerzempfindung sein kann. Auch diese Fälle seien durch spezifische Therapie leicht zu beeinflussen. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 33, 1906.)

Ein Fall von Myokarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund. Von A. Buschke und W. Fischer. Ref. E. Deutsch, Wien.

Erkrankungen des Herzmuskels auf Basis der hereditären Lues zählen zu den selteneren Erscheinungsformen derselben. Ein drei Wochen altes Kind, das mit ausgebreitetem papulösen Syphilid an der Körperoberfläche und allgemeiner Drüsenschwellung wegen hochgradiger Verdauungsstörungen ins Krankenhaus aufgenommen wurde und bereits nach drei Tagen starb, ergab bei der Sektion die Erscheinungen einer schweren, allgemeinen hereditären Syphilis.

Speziell das Herz war größer als die Faust, von sehr unregelmäßiger knolliger Oberfläche, aus der im Bereich beider Ventrikel eine Anzahl weißlicher und grauer Geschwülste halbkugelförmig hervorragten. Auch im Durchschnitt zeigte die Herzwand zahlreiche grauweiße Knoten.

Histologisch ergab sich eine ausgebreitete interstitielle Myokarditis neben zirkumskripten Infiltraten mit zentraler Nekrose und vollkommener Zerstörung der Muskelsubstanz. Der Reichtum an Spirochäten in den nach Levaditi gefärbten Präparaten ging ins ungemessene, sie umkränzten Gefäße und Kapillaren, fanden sich spärlicher in deren Wandungen und Lumen, reichlich im proliferierenden Bindegewebe und durchdrangen zwischen den einzelnen Muskelfibrillen große Abschnitte der Herzmuskulatur. Dort, wo keine pathologischen Veränderungen am Herzfleisch vorhanden waren, fehlten auch die Spirochäten.

Neben den Spirochäten fanden sich seltener im Gewebe, zahlreicher im Innern der Blutgefäße teils vereinzelte, teils in kleinen Häufchen gelagerte, dicke, plumpe, mit Silber deutlich dunkelbraun gefärbte Stäbchen. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 19, 1906.)

Experimentelle Versuche über Framboesia tropica an Affen. Von A. Neißer, Baermann und L. Halberstädter. Ref. E. Deutsch, Wien.

Bereits Charlouis hat den Nachweis erbracht, daß mit typischer Framboesie behaftete Kranke für frische Syphilisinfektion empfänglich seien, und daß sich die primären und sekundären syphilitischen Manifestationen am Framboesiekranken in nichts von den bei früher Gesunden auftretenden primären und sekundären Erscheinungen unterscheiden. Trotz dieser Tatsache werde gerade in Batavia von den Aerzten noch immer ein Zusammenhang beider Krankheiten behauptet, was sicherlich, wie sich auch die Autoren überzeugen konnten, nur der außerordentlichen Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zuzuschreiben sei.

Die Autoren nahmen nun folgende Versuche vor: Zunächst wurde Material von framboesiekranken Menschen auf Affen in ganz ähnlicher Weise wie das syphilitische Material verimpft; es zeigte sich, daß nach verschieden langer Inkubation (13—96 Tage) die primären Erscheinungen auftraten. Dabei ist es sicher, daß bei anthropoiden Affen die Inkubation die kürzere (13—14 Tage) ist. An der Impfstelle bildet sich ein von entzündlichem Hof umgebenes, ungefähr bohnengroßes Infiltrat, das sich mit einer honiggelben Borke bedeckt, nach deren Entfernung der gewucherte Papillarkörper zutage tritt; diese Effloreszenzen erhalten sich verschieden lang. Lokale Rezidive konnte beobachtet werden, Allgemeineruptionen nicht.

Bei den Uebertragungsversuchen von Tier zu Tier fiel bloß eine Impfung von zehn positiv aus; auch die Impfung mit

Digitized by Google

inneren Organen framboesiekranker Tiere ergab bloß einen positiven Fall. Bei Impfung von Framboesie und Lues auf Tiere hafteten beide Impfungen neben und nacheinander, wobei die luetischen Impfstellen von den mit Framboesie geimpften, bezw. die an Ort und Stelle sich etablierende Manifestation schon durch ihren klinischen Charakter deutlich kenntlich ist. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 28, 1906.)

Kinderheilkunde.

Akute Exantheme.

1. **Anginen, Scharlach und Gelenkrheumatismus im Anschluß an die Entfernung hyperplastischer Rachenmandeln und andere Operationen in den oberen Luftwegen.** Von Georg Bernhardt. (Aus der Univ.-Ohren- und Kehlkopfklinik Rostock.) Ref. A. Haas, München.
2. **Die Prophylaxe der Masernkomplikationen.** Von G. Pinna. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber Koinzidenz von Masern und Diphtherie.** Von Heinrich Strauß. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Ueber Scharlachrezidive.** Von Erich Beck. Ref. Fritz Loeb, München.
5. **Prophylaktische Anwendung des Heimitols gegen Scharlachnephritis.** Von L. Miserocchi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Bernhardt bespricht zunächst das relativ häufige Vorkommen von Anginen nach der operativen Entfernung der Rachenmandel; die Infektion beginnt an der Operationswunde am Rachendach und ergreift von da aus andere Teile des lymphatischen Rachenringes, besonders die Gaumenmandeln, gewöhnlich 36—48 Stunden nach der Operation. Manche lakunäre Anginen, die wir an den Gaumenmandeln beobachten, beginnen in der Rachenmandel; dies hat Körner durch Rhinoscopia posterior nachgewiesen; dafür spricht auch der Umstand, daß bei manchen habituellen Anginen auch nach der Tonsillotomie noch Entzündung der Stümpfe in der früheren Häufigkeit auftritt, bis auch die Rachenmandel entfernt ist. — Ferner teilt Vf. sechs Fälle von Scharlach nach Ausräumung des Nasenrachenraumes und zwei Scharlachfälle nach Abtragung von Schleimhauthypertrophien der unteren Nasenmuscheln mit. Die Fälle verliefen entsprechend dem gewöhnlichen Charakter des chirurgischen Scharlachs sehr gutartig. Die Infektion brach im Mittel 48 Stunden nach der Operation aus, die Dauer des Exanthems war durchschnittlich acht Tage, die charakteristischen Rachenerscheinungen waren stets vorhanden, was allerdings hier nicht für den Charakter des Scharlachs verwendet werden konnte, da ja der Scharlach meist im Rachen beginnt, als das Kennzeichen des chirurgischen Scharlachs aber der Ausgang von der Läsionsstelle gilt. Ein anderer Infektionsmodus, insbesondere Ansteckung, ließ sich aber ausschließen und es blieb nur die Annahme übrig, daß die Infektionserreger schon vorher in der Mundhöhle der Kinder vorhanden waren; die mit aseptischen Instrumenten ausgeführte Operation stellt somit nur ein auslösendes Moment dar. — Anhangsweise bespricht Vf. dann noch einen Fall von echtem Gelenksrheumatismus mit konsekutivem Herzfehler, der nach Entfernung der Rachenmandel auftrat. — (Dissert., Rostock 1905.)

2. Pinna nahm bei zwei Masernfällen bakteriologische Untersuchungen vor. Die des Blutes ergab in beiden Fällen nichts. In den Schuppen des ersten Falles fanden sich der Staphylococcus pyogenes albus, der Diplococcus lanceolatus, die Sarcine alba, der Micrococcus candicans, der Staphylococcus pyogenes haemorrhagicus; in denen des zweiten Falles die drei erstgnannten Bazillen, ferner der Streptococcus pyogenes und der Micrococcus rosettaceus. Bei der zweiten Patientin, die sich bereits in voller Rekonvaleszenz befand, brachte er mit der sterilen Platinöse einige der weggekratzten Schüppchen unter die Haut, in der Absicht, damit einen lokalen Eiterungsprozeß hervorzurufen; da stellten sich 5—6 Stunden später heftige Schüttelfröste und Temperaturanstieg auf 40° ein, und es entwickelte sich eine Bronchopneumonie. Nach Ansicht des Vfs. ist es sehr wohl möglich, daß die Komplikation durch die Inokulation der Schüppchen hervorgerufen worden ist; die Kranke war vorher streng isoliert, und in der Klinik

Digitized by Google

lag zur Zeit kein Pneumoniefall. Vf. ist der Meinung, daß alle derartigen Masernkomplikationen durch Sekundärinfektion zustande kommen, durch Bakterien, die sich als Saprophyten auf Haut und Schleimhaut oder in der Umgebung des Kranken befinden. Infolgedessen ist auch eine Prophylaxe gegen die Komplikationen der Krankheit möglich, während es ja gegen die Krankheit selbst keine Prophylaxe gibt. Nötig ist größte Reinlichkeit, vor allem der Bett- und Leibwäsche, die nach dem Ablegen desinfiziert werden muß. Fälle mit Komplikationen sind strenge von unkomplizierten Fällen zu separieren, ebenso wie Kranke mit Tuberkulose oder Diphtherie von Masernkranken fernezuhalten sind. Während der Desquamation ist große Reinlichkeit der Haut am Platze, Bäder und Waschungen, eventuell mit Sublimat. Weiter tägliche Reinigung von Auge, Nase, Mund und Hals mit Borlösung oder Kalipermanganat. Der Kranke ist ganz besonders vor jeder noch so leichten Verletzung der Haut oder Schleimhäute in acht zu nehmen. — (Il Policlinico, Sez. Med., II. 9, 1905.)

3. Je nachdem die Diphtherie oder die Masern die sekundäre Erkrankung bilden, ist der Krankheitsverlauf sehr verschieden; im ersteren Fall ist die Mortalität sehr hoch, im letzteren Fall gering und übersteigt die der leichten Form der Masernerkrankung nicht. Bei der Koinzidenz von Diphtherie und Scharlach ist dieses Verhältnis gerade umgekehrt: wenn die Diphtherie zum Scharlach tritt, so ist der Verlauf ein günstigerer als im umgekehrten Falle. Die Schwere des Krankheitsfalles im ersteren Fall hängt von dem Zeitpunkt ab, wo die Diphtherie einsetzt. Wenn sie sich im Höhepunkt des Scharlachs zu diesem hinzugesellt, dann sind die Gesamterscheinungen am heftigsten; sie werden immer milder, je später die Diphtherie auftritt. Kombiniert sich letztere mit dem Scharlach, wenn er bereits im Abklingen ist, so ist die Prognose gut. Die Kombination von Scharlach und Diphtherie ist eine relativ seltene Erscheinung, selbst in größeren Kliniken. Wenn diese Fälle trotzdem von mancher Seite häufiger beobachtet werden, so handelt es sich nach der Meinung des Vfs. wohl meistens um eine Verwechslung der echten Diphtherie mit dem sogenannten Scharlachdiphtheroid, denn beide Krankheitsformen bieten klinisch und pathologisch durchaus keinen Unterschied dar, nur ätiologisch sind sie voneinander zu trennen. Denn die Membranen der echten Diphtherie sind spezifische Produkte des Löffler schen Bazillus, der sich in solchen Fällen jedesmal auf den Rachenteilen nachweisen läßt. Bei dem Diphtheroid dagegen sind keine spezifischen Bakterien im Spiel; allgemein nimmt man jetzt an, daß es Streptokokken sind, die diese Veränderung verursachen. Für die Therapie ist diese Unterscheidung von größter Wichtigkeit. Während nämlich bei der echten Diphtherie das Immunserum die normale, die Entwicklung der Membranen hemmende Wirkung erzielt, ist es beim Diphtheroid zwecklos.

Als oberster Grundsatz für die Therapie der Diphtherie gilt: Der Arzt muß sofort die spezifische Behandlung einleiten, wenn die Diagnose Diphtherie gesichert ist oder auch wenn bloß Verdacht auf Diphtherie besteht. Die zu injizierende Menge des Serums richtet sich nach der Dauer der Infektion, bezw. nach dem Grade der Ausdehnung der lokalen Affektion. In frischen Fällen, d. h. am ersten oder spätestens am zweiten Tage injiziert man 1500 Immunitätseinheiten, die später ein- oder mehrere Male zu wiederholen sind. Für sehr ausgedehnte Rachendiphtherie mit den Zeichen von Croup oder Allgemeininfektion nimmt man sofort 3000 Einheiten. Bei deszendierendem Croup hat nach der Erfahrung des Vfs. das Serum seine Wirkung auf die Membranbildung eingebüßt. In diesem Falle tritt die operative Therapie an seine Stelle. Die Frage, welchem der beiden operativen Eingriffe, ob der Tracheotomie oder der Intubation der Vorzug zu geben ist, ist zur Zeit noch strittig. Heubner und die französischen Kinderärzte vertreten den Standpunkt, daß beide Methoden gleich zu bewerten sind, und daß von Fall zu Fall zu entscheiden ist, welche von beiden man anzuwenden hat.

Digitized by Google

Vf. zieht die Tracheotomie im allgemeinen der Intubation vor und nimmt zu letzterer nur in drohenden Fällen seine Zuflucht, wo sehr rasche Hilfe nottut, schließt dann aber die Tracheotomie baldigst an. Die Fälle, in denen nach seiner Erfahrung die Intubation zu verwerfen ist, sind folgende: 1. Stark ausgedehnte Rachenaffektionen, wo die Gefahr besteht, daß Membranen abgerissen und in die Tiefe gestoßen werden können. 2. Sepsis. 3. Spasmus glottidis wegen der Gefahr der Verletzung des Stimmbandes. 4. Bronchopneumonie, weil hier die Atemhemmung durch die Verengerung noch gesteigert würde. 5. Bei Kindern ohne Molarzähne, da bei diesen die Mundklemme sich nicht befestigen läßt. 6. Bei Schwellung der Stimmbänder. — (Diss., Straßburg 1905.)

4. Wahre Scharlachrezidive, analog dem Typhusrezidiv, durch Wiederaufleben eines noch virulenten Scharlachkontagiums entstanden, bestehen ganz sicher; es ist aber heute noch nicht möglich, sie scharf abzutrennen von kurz auf einander folgenden, durch neue Infektion von außen entstandenen Scharlacherkrankungen. Dem „Pseudorezidiv" kann man keine besondere Stellung anweisen oder es in die Rezidive einreihen, da seine Aetiologie dunkel ist. Das Rezidiv unterscheidet sich im Verlaufe, Exanthem, sonstigen Symptomen, Komplikationen, in keiner Weise von der ersten Scharlacherkrankung. Am häufigsten tritt das Rezidiv in der dritten, am nächst häufigsten in der zweiten und vierten Krankheitswoche ein. Die Prognose ist im ganzen günstiger als die des Scharlachs überhaupt, besonders bei Erwachsenen. Vorwiegend werden Kinder von Scharlachrezidiven befallen, sie finden sich aber gelegentlich in jedem Lebensalter. — (Diss., Leipzig 1905.)

5. Miserocchi hat 15 Kindern mit Skarlatina Helmitol prophylaktisch gegeben. Sofort nach gestellter Diagnose erhielten die Kinder vier Tage lang täglich 0·1—0·5 g Helmitol, in wässeriger Lösung, auf den Tag verteilt; nach zehntägiger Pause wurde das Mittel nochmals sechs Tage lang gegeben. Der Urin wurde ein über den anderen Tag chemisch und mikroskopisch untersucht. 14 Fälle blieben völlig frei; nur bei dem allerschwersten fanden sich nach 10 Tagen Spuren von Eiweiß ohne Zylinder; es wurde sofort wieder Helmitol gegeben, und nach zwei Tagen war die Albuminurie verschwunden. — Das Helmitol bewirkte keine Störungen von Seiten der Verdauungs- oder Harnorgane; eine diuretische Wirkung, die einige gesehen haben wollen, hatte es nicht, ebensowenig wie es den Verlauf der Skarlatina irgendwie beeinflußte. — (Gazz. degli osped., Nr. 30, 1906.)

Mitteilungen aus der Praxis.

Zur Stauungsbehandlung.

Daß die mit Recht immer größerer Anerkennung sich erfreuende Biersche Stauungsmethode auch unliebsame Ueberraschungen bereiten kann, zeigt der nachfolgende, zu meiner Kenntnis gekommene Fall: Man hatte sich irgendwo entschlossen, im Vertrauen auf die immer zahlreicher berichteten günstigen Erfolge, genanntes Heilverfahren bei einem fünfjährigen Mädchen auf dem Lande wegen Phlegmone an einem Fuße zur Anwendung zu bringen. Sei es nun, daß man es in der Wahl des Angriffspunktes (etwa zu nahe der erkrankten Stelle?) oder in dem Grad der Einschnürung, welche wegen Entfernung vom Wohnort des Arztes vielfach von Familienangehörigen ausgeführt wurde (!), vor allem aber in der Dauer der Abschnürung verfehlt hat (täglich $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden, während Bier 18 und 20 Stunden vorschreibt), der erhoffte Erfolg blieb aus. Im Gegenteil nahmen die Schmerzen, deren alsbaldiges Aufhören von allen Berichterstattern als charakteristisch geschildert wird, eher noch zu, so daß die arme Leidende nur mit Entsetzen der sich täglich wiederholenden Tortur entgegensah. Trotzdem wurde, im Vertrauen auf die immer zahlreicheren günstigen Berichte, bei dem Verfahren beharrt, bis schließlich ein-

Digitized by Google

zelne Zehen sich brandig abstießen, und als dann der Brand auch auf den Mittelfuß überzugehen drohte, mußte man froh sein, durch Amputation an einem der Mittelfußgelenke zu retten, was noch zu retten war. In Anbetracht, daß für gewöhnlich nur die günstigen Fälle in die Oeffentlichkeit kommen, halte ich es gerade im Interesse der so segensreichen Bierschen Entdeckung für wünschenswert, daß ein solches Mißgeschick nicht einfach der Vergessenheit anheimfalle, zumal es geeignet scheint, zur Vorsicht beim Betreten neuer, noch unbegangener Wege zu mahnen. Ich bin dieser Tage zufällig mit einem jetzt 68jährigen, früher kerngesunden Wirt vom Lande zusammengetroffen, bei welchem ich ehemals öfter zu Gaste war, und dem man in diesem Frühjahr den rechten Oberschenkel amputiert hatte, nachdem aus einem vor drei Jahren erlittenen Knöchelbruch sich ein schleichender Entzündungsprozeß entwickelt hatte, der schließlich zur Vereiterung des Kniegelenks führte. Bei Aufzählung seiner Leiden und der von verschiedenen Heilkünstlern dagegen versuchten Heilmethoden erwähnte er auch eines, welcher es versucht habe, das erkrankte Bein durch Umschnüren mit einem Gummischlauch zur Heilung zu bringen; er habe es aber vor Schmerzen nicht aushalten können! Auch diese Tatsache bestätigt meine Ueberzeugung, daß das Biersche Heilverfahren, soll es seine segensreiche Wirkung ganz entfalten, wenn irgend möglich, nur in einer geregelten Heilanstalt und von durchaus geübten Händen ausgeführt werden sollte und daß der Wahlspruch des Altmeisters Chelius: „In dubiis prudenter, in certis fortiter“ — immer noch seine Geltung hat. Dr. Kappesser, Darmstadt.

Zur Beandlung des Diabetes.

In Nr. 55 und 56 des Jahrgangs 1905 der „Medizinischen Klinik“ erschien ein Aufsatz von Dr. M. Fränkel, Berlin, über ein neues Heilmittel des Diabetes, „Diabeteserin“ genannt. — Jedes neu auftauchende „unbedingt wirksame“ Mittel zur Heilung des Diabetes wird natürlich je nach den mehr oder minder schlechten Erfahrungen des betreffenden Arztes von ihm skeptisch aufgenommen, und so erging es auch dem Einsender dieser Zeilen, der schon mit den verschiedensten „hochangepriesenen“ Heilmitteln vergeblich den Kampf gegen Diabetes aufgenommen hatte. Trotz alledem versuchte ich das „Diabeteserin“, da die Ausführungen von Dr. Fränkel über dieses neue Heilmittel einleuchtend und vielversprechend waren und er in zirka 80 Fällen recht günstige Resultate erzielte. Allerdings bezeichnet Fränkel, trotz dieser Erfolge, seine Versuche als durchaus noch nicht abgeschlossen.

Von dem Präparat, das nach den Angaben von Fränkel in der Fabrik pharmazeutischer Präparate von Wilhelm Natterer, München, hergestellt wird, wurde mir auf meine Bitte bereitwilligst ein Probequantum zur Verfügung gestellt. — Ohne auf die Theorie Fränkels weiter einzugehen, möchte der Einsender seine Erfahrungen und Erfolge mit diesem neuen Mittel seinen Kollegen mitteilen, um sie anzuregen, auch ihrerseits Versuche mit Diabeteserin anzustellen.

1. Fall. 70 Jahre alte Frau, die seit sechs Jahren Zucker im Urin hat, Prozentsatz schwankend zwischen 0·3—2%. Nach achttägiger Darreichung von dreimal täglich zwei Tabletten Diabeteserin Nr. I unter Einhaltung von Diät ist die Patientin zuckerfrei. Harnmenge, die bis zu 3 l am Tag betrug, ging auf $1^1/_2$—2 l zurück. Uebergang zu milder Diät und zugleich Verminderung der Dosis Diabeteserin auf viermal täglich eine Tablette. Während 14 Tagen stete Zuckerfreiheit. Darauf Steigung der Zufuhr von Kohlehydraten auf 250 g mit $^1/_2$ l Bier pro Tag. — Da die Patientin nach weiteren 14 Tagen zuckerfrei bleibt, nur noch zweimal täglich 1 Tablette, dann Aussetzen des Mittels. Nach weiteren sechs Wochen, bei steter Steigerung der Zufuhr an Kohlehydraten ist Patientin zuckerfrei geblieben.

2. Fall. Kräftiger, korpulenter Mann, 32 Jahre alt, klagt über Gewichtsabnahme seit drei Monaten, starken dumpfen Druck in der Herzgegend, Schwindel-

Digitized by Google

gefühl etc. Die Analyse ergibt 3% Zucker. Harnmenge zirka $3^1/_2$ l pro Tag. — Viermal täglich zwei Tabletten Diabeteserin Nr. II, mittlere Diät bei Entziehung von Bier. Nach acht Tagen 0·5% Zucker, nach weiteren 14 Tagen 0·1%. Alle Beschwerden sind geschwunden. Harnmenge in 24 Stunden 2 l. Von nun ab viermal täglich eine Tablette. Die Diät wird milder gehandhabt und täglich $^1/_2$ l Bier erlaubt. Nach acht Tagen ergibt die Analyse 0·5% Zucker. Steigerung der Dosis Diabeteserin auf dreimal täglich zwei Tabletten bei Entziehung des Bieres, aber sonst unveränderter Diät. Nach fünf Tagen 0%. Dieser Befund besteht nach weiteren 14 Tagen noch, obwohl seit acht Tagen ein Glas Bier erlaubt ist. Unter Darreichung von zweimal täglich zwei Tabletten besteht unter gleichen Bedingungen nach vier Wochen noch Zuckerfreiheit.

3. Fall. Sehr korpulenter Mann, 40 Jahre alt, Potus zugegeben. Seit einiger Zeit besteht starke Furunkulose, Atemnot, kolikartige Schmerzen, Schwindelgefühl. Die Untersuchung ergibt 5% Zucker. Diabetes besteht zweifellos schon längere Zeit. — Strenge Diät bei viermal täglich zwei Tabletten Diabeteserin Nr. II. Nach sechs Tagen 1%. Hierauf milde Diät mit einem Glas Moselwein. Nach 14 Tagen 0·4% Zucker. Nach weiteren drei Wochen bei gleicher Diät und zwei Gläser Wein, stets 0·2—0·3% Zucker. Beschwerden bestehen fast keine mehr. Kleine Furunkel treten ganz vereinzelt und leicht noch auf.

4. Fall. Großer, 60jähriger Mann. Seit 10 Jahren zuckerkrank. Zuckergehalt war während dieser ganzen Zeit wechselnd zwischen 0·5—6%. Patient lebt seit einem Jahr abstinent. Bei Beginn der Behandlung mit Diabeteserin ergab die Analyse 1% Zucker, 1% Eiweiß. Starke Schwellung der Füße. — Viermal täglich zwei Tabletten Diabeteserin Nr. I. Diät sehr mild. Zur Zeit, nach vier Wochen, 0·1% Eiweiß, 0·1% Zucker. Keine Beschwerden.

Wenn es auch nur eine kleine Anzahl Fälle sind, die hier angeführt werden können, so ist doch aus den Erfolgen zweifellos zu ersehen, daß das Diabeteserin stets rasch den Zuckergehalt verminderte oder ganz zum Schwinden brachte, teilweise auf längere Zeit auch nach Aussetzen des Mittels. Bei allen Fällen hat sich die Toleranz gegen Kohlenhydrate gesteigert. Wie lange diese Besserung und Heilung andauert, läßt sich natürlich bei der Kürze der Versuche nicht ermessen, jedoch sind die Erfolge derart, daß ich jedem Kollegen einen Versuch mit Diabeteserin unbedingt anempfehlen möchte.

Dr. Karl Stüber, Heidelberg.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Haupt- und Nebenwirkungen des Theocins.

Plavec berichtet in einer umfangreichen Arbeit aus der Klinik von Prof. Maixner in Prag über die Haupt- und Nebenwirkungen des Theocins. Er bezeichnet das Theocin als ein zwar kräftiges Diuretikum, dem, was die Steigerung der Diurese betrifft, keines der bekannten Diuretika gleichkommt, aber es unterliegt mehr als alle anderen Diuretika individuellen Schwankungen. Die diuretische Wirkung ist (bis auf einige Ausnahmsfälle) keine dauernde, ja sie kann schon nach 24 Stunden verschwinden. Durch eine gleichzeitige Dechlorisation oder Kombination mit anderen (hauptsächlich salinischen) Diureticis läßt sich die Theocinwirkung erhöhen und verlängern. Der Blutdruck ändert sich zwar

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

nach der Theocindarreichung nicht, aber die Herztätigkeit nimmt offenbar zu. Die Dilatation des Herzens wird kleiner, die Atemnot nimmt ab, der Puls wird voller. Die konstanteste und beste Wirkung äußert das Theocin auf alle Störungen der Zirkulation und Diurese bei Arteriosklerose, in zweiter Reihe bei der Myokarditis. Auf die Angina pectoris übt es einen sehr wohltuenden Einfluß aus. Bei chronischer und akuter Nephritis entfaltet es selten eine starke Wirkung, ist aber nicht kontraindiziert. Die unangenehmen Nebenwirkungen kann man am besten und sichersten durch Herabsetzung der Gabe (auf 2—3mal 0·2 g pro die) vermeiden, wodurch die Steigerung der Diurese nicht wesentlich beeinträchtigt, die Wirkung des Theocins aber eine dauernde wird. Die bei manchen Personen auftretenden Magenstörungen sind mehr zentralen als peripheren Ursprungs. — (Die Heilk., Nr. 6, 1906.)

Erfahrungen mit Hetralin (Dioxybenzolurotropin.)

W. Misch berichtet in einer Leipziger Dissertation (1906) über einige Erfahrungen mit Hetralin (Dioxybenzolurotropin). Das Präparat enthält 60% Urotropin und kommt in Tagesdosen von zirka 2·5 g zur Anwendung, besonders in solchen Fällen, in denen es sich darum handelt, Infektionen der Harnwege hintanzuhalten, wie bei komplizierten, langen Untersuchungen oder größeren operativen Eingriffen, sowie bei Urogenitaltuberkulose, bei welcher die Sekundärinfektion mit anderen Eitererregern eine so verhängnisvolle Rolle spielt, ferner bei Zystitiden, Phosphaturie, harn- und oxalsaurer Diathese.

Zinkonal.

Zinkonal besteht nach der Angabe der Fabrik (Siegle & Comp. in Stuttgart) aus Zinksuperoxyd 53·1, aktivem Sauerstoff 8·76%, Zinkoxyd 23·94%, Kohlensäure 3·42% und Wasser 15·19%. A. Jordan berichtet in der St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 20, 1906, über die Erfahrungen, die er mit diesem, seiner Zusammensetzung nach dem bewährten Zinkperhydrol von Merck und dem nicht minder bewährten Ektogan von Kirchhof und Neirath ähnlichen Präparat machen konnte. Er sah in seinen Versuchen keinen Erfolg bei Ekzem und Pemphigus, wohl aber bei Impetigo contagiosa und einem Unterschenkelgeschwür, so daß er hier zu Nachprüfungen auffordert. Desgleichen verheilten mittelschwere weiche Schanker unter Zinkonal in Kombination mit einigen Jodtinkturpinselungen und syphilitische Papeln resp. ein gummöses Ulkus bei gleichzeitiger allgemeiner Kur. In letzteren Fällen wurde das Zinkonal gut vertragen und seiner Geruchslosigkeit wegen begehrt, mitunter rief es aber Jucken hervor.

Itrol.

Dr. v. Arlt rät wegen der Empfindlichkeit des Itrol gegen Licht und Luft ausschließlich die auf seinen Rat in den Handel gebrachten $^1/_2$ g-Fläschchen und nur in größeren Polikliniken 1 g-Fläschchen Itrol zu verwenden, jedesmal nach dem Gebrauch gut zu schließen und eine Flasche höchstens drei Tage zu gebrauchen. — (Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges Nr. 17, 1906.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Ichthyolidin (Piperazinum thiohydrocarburosulfonicum) wird das Piperazinsalz der Ichthyolsulfosäure genannt, ein braunschwarzes, in Wasser nicht, in alkalischen Flüssigkeiten lösliches Pulver von geringem Geruch und Geschmack. An reinem Handelspiperazin enthält es 15% und 16% Schwefel. Verwendung findet es bei Gicht und harnsaurer Diathese in Form von Tabletten zu 0·25 g.

Meconarcein. Zusammensetzung: Ein morphinfreies Präparat aus Opium. Eigenschaften: Das Präparat gelangt nur in Lösung in den Handel, welche mit Kampfer versetzt und in Glasröhren eingeschmolzen ist. Anwendung: Als Beruhigungs- und Schlafmittel, besonders bei Rheumatismus. (Riedels Ber.)

Digitized by Google

Peru-Lenicet ist eine zur Behandlung des Ulcus cruris empfohlene Vereinigung von dem als Lenicet bezeichneten trockenen Tonerdeazetat mit 10% Perubalsam. Es wird vornehmlich in Form von Peru-Lenicet-Streupulver (10·0 Perubalsam, 40·0 Lenicet, 50·0 Talkum) oder von Peru-Lenicet-Kompressen angewendet. Letztere bestehen aus paraffinierten Gazestreifen, auf denen Streupulver fixiert ist. (Fabrikant: Dr. R. Reiß, Berlin.) — (Pharm. Ztg., Nr. 40, 1906.)

Plantal nennt sich ein von Doktor Brakebusch (Berlin N.) in den Handel gebrachtes Mittel gegen Zuckerkrankheit, Gallensteine, Gicht, Hämorrhoiden und andere Krankheiten. — (Ztschr. d. allg. Oesterr. Ap.-Ver., Nr. 5, 1906.)

Ramin enthält in $^1/_2$ l Flüssigkeit 10 g Chlornatrium, 10 cm³ Branntwein, 30 g Salmiakgeist und 0·25 g Kampfer. Anwendung: Aeußerlich gegen Gicht, Rheumatismus u. dgl.

Salimenthol und Samol. Unter dem Namen Salimenthol wird ein neues Salizylpräparat, und zwar der Salizylsäureester des Menthols von Dr. Bibus, Wien, in den Handel gebracht. Das Präparat ist flüssig, hellgelb, fast geschmacklos und von angenehmem schwachen Geruche. Es besteht aus annähernd gleichen Teilen Salizylsäure und Menthol und wird sowohl innerlich in Kapseln à 0·25 g als auch äußerlich in Form einer 25%igen Salbe, „Samol" genannt, angewendet (Salbengrundlage: Lanolin, Oel, Wachs, Wasser und eine Spur Sapo medik.). Da Salizylsäure ebenso wie Menthol desinfiszierend und schmerzlindernd wirkt, so kommt das Salimenthol für infektiöse und schmerzhafte Erkrankungen in Betracht. — (Pharm. Ztg., Nr. 49, 1906.) — Reicher hat das Mittel mit Erfolg bei Zahnschmerz, akutem und chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus zur Anwendung gebracht. — (Therap. Monatsh., Nr. 6, 1906.)

Serum bichloratum Chéron ist eine gegen Syphilis angewendete Injektion: Hydrarg. bichlor. 0·5 g, Natr. chlorat 2·0 g, Acid. carbol. 2·0 g, Aqua dest. sterilis. 200 g.

Solurol = Nukleotinphosphorsäure (Thyminsäure) und bildet ein amorphes, braungelbes, geschmackloses Pulver, welches sich, mit schwach saurer Reaktion leicht in kaltem Wasser löst. In Alkohol und Aether ist es unlöslich. Indikation: Gicht. Die Wirkung des Solurols beruht auf der experimentell am Krankenbett bewiesenen Tatsache, daß Solurol bei einer Temperatur von 20° sein eigenes Gewicht Harnsäre in Lösung zu halten vermag, eine Eigenschaft, die bei Bluttemperatur sich noch um 50% erhöht. Da die Harnsäure sich aus dieser Lösung durch die gewöhnlichen Reagentien nicht wieder abscheiden läßt, so ist anzunehmen, daß eine festgefügte chemische Verbindung vorliegt, die sich auch im menschlichen Körper bilden dürfte. Die absolute Unschädlichkeit des Präparats ist erwiesen, sodaß irgendwelche Einschränkungen bei der Verordnung nicht nötig sind. Man gibt in leichteren Fällen von Gicht Dosen von 0·25 g dreimal täglich, in schwereren, besonders chronischen Fällen gibt man dreimal täglich 0·5 g. Das Mittel kann in Mixtur, als Pulver, in Tablettenform verabreicht werden. — (Med. Klinik, Nr. 25, 1906.)

Stovaïne Billon enthält in 1 cm³ 0·00013 g Epirenanborat, 0·04 g Stovaïn und 0·0011 g Chlornatrium. Anwendung: Zur örtlichen Betäubung.

Thymidol ist Methylpropylphenolmenthol, ein Kondensationsprodukt aus Thymol und Menthol. Anwendung: Als Antiseptikum bei Krankheiten der Mund- und Nasenschleimhäute.

Urocitral (Theobromin-Natriumzitrat) stellt ein weißes, in warmem Wasser leicht lösliches Pulver von angenehm salzig-bitterem Geschmack und schwach alkalischer Reaktion dar. Es enthält 45% reines Theobromin. Der Gehalt an zitronensaurem Natron unterstützt ganz wesentlich die Wirkung des Theobromins und soll bewirken, daß die bei Diuretin und Agurin beobachteten Nebenwirkungen ausbleiben. Das Präparat wird zur Behandlung anginöser und kardialer asthmatischer Beschwerden, von Wassersucht,

Digitized by Google

Rippenfellentzündung u. s. w. empfohlen und in Dosen von 0·5—1·0 mehrmals täglich, am besten in Zimtwasser gelöst, genommen. Sauer reagierende Zusätze, auch Fruchtsäfte, sind zu vermeiden.

Veratrolum syntheticum ist ein Antiseptikum gegenüber gewissen pathogenen Mikroben, wie dem Cholera-, Typhus- und Diphtheriebazillus. Den Tuberkelbazyllus hemmt es in seiner Entwicklung bedeutend.

Vestosol ist ein neues Formalinpräparat, das hauptsächlich gegen Hyperhidrosis angewendet werden soll. Die Behandlung des Fußschweißes mit den bisher üblichen Formaldehydmitteln (Formalinlösung, Tannoform, Formalinvasenolpuder) war nicht frei von mancherlei unerwünschten Nebenwirkungen. Das von Lonner unter dem Namen Vestosol hergestellte Präparat besitzt nach Saalfeld (Ther. Monatsh., Nr. 6, 1906) die guten und wirksamen Eigenschaften des Formalins, ohne gleichzeitig dessen unangenehme und destruierende Wirkungen zu zeigen. Das Mittel stellt eine weißgelbliche Salbe dar, ohne stechenden Formalingeruch. Das wirksame Prinzip ist der Formaldehyd. Die Flüchtigkeit des Formaldehyds ist eine äußerst geringe, so daß selbst alte Präparate an Wirksamkeit nichts einbüßen. Nach Pirokowskis bakteriologischen Untersuchungen besitzt das Mittel eine hohe desinfizierende und desodorierende Kraft. (Pharm. Ztg., Nr. 49, 1906.)

Vioform wird als Jodchloroxychinolin bezeichnet und als Ersatz für Jodoform empfohlen. Soll toxische Eigenschaften nicht zeigen, da es in starken Dosen subkutan injiziert vertragen wurde.

(Fortsetzung folgt.)

b) Sero- und organotherapeutische Präparate. (Fortsetzung.)

W. Reitsch hat am hygienischen Institut in Beuthen Versuche zur Aufklärung der Streptokokkenimmunität angestellt und gefunden, daß die Wirkung des Aronsonschen Serums sich nur auf die Streptokokken erstreckt, daß die unter dem Einfluß des Serums beschleunigte Phagozytose nicht der Ausdruck einer Stimulierung der Leukozyten ist, sondern auch infolge der spezifischen Veränderung der Streptokokken zustande kommt. Die Wirkung des Aronsonschen Serums auf die Streptokokken äußert sich, wie Plattenversuche und Beobachtung ergeben, in einer Entwicklungshemmung, die im Reagensglasversuch mikroskopisch als Längenwachstum zu beobachten ist und im Körper des immunisierten Tieres noch energischer vor sich geht, so daß selbst dieses Längenwachstum ausbleibt. Die Verlangsamung im Wachstum ist nur temporär bei Gegenwart des Aronsonschen Serums vorhanden und bedeutet keine Virulenzabschwächung der Streptokokken, sie ist eine Art Inaktivitätszustand, der verschwindet, sobald die Streptokokken ein günstiges Nährsubstrat finden. Das Serum allein kann also niemals zur Heilung führen, hiezu sind die Leukozyten unentbehrlich, die die Vernichtung der inaktivierten Streptokokken übernehmen. Da die Aufnahme der virulenten Streptokokken in die Leukozyten im Beisein von Aronson-Serum sich schneller vollzieht, als die Inkorporierung selbst abgetöteter avirulenter Streptokokken ohne Serumeinwirkung, so muß durch dieses Serum ein Hemmnis für die Phagozytose beseitigt werden, für das eine einleuchtende, beweiskräftige Erklärung noch aussteht. — (Diss. Leipzig, 1905.)

Gonokokkenserum. Zusammensetzung: Serum von Ziegen, welche mit einem aus Kulturen von Gonokokken auf blennorrhoischem Eiter oder in Aszitesflüssigkeit dargestellten Gonokokkentoxin behandelt worden sind. — (Riedels Ber.)

Martinsche Pastillen sind Pastillen, welche Diphtherieheilserum enthalten. Anwendung: stündlich eine Pastille im Munde zergehen lassen. Die Diphtheriebazillen verschwinden in längstens fünf Tagen. — (Riedels Ber.)

Tebecin soll bei Behandlung der Tuberkulose Anwendung finden. Zur Darstellung desselben wird zunächst aus Massenkulturen von Tuberkelbazillen durch Ektraktion mit verdünntem Alkohol ein Toxin und aus den entsprechenden Nährböden ein Antitoxin hergestellt. Es wurden Versuchstiere durch Impfung tuberkulös gemacht. Sie erkrankten an

Digitized by Google

Miliartuberkulose. Eine zweite Versuchsreihe von Tieren wurde mit dem alkoholischen Extrakt der Tuberkelkulturen so lange behandelt, bis sie die Impfung mit größeren Mengen der von den infizierten Tieren erhaltenen Miliartuberkulose überstanden. Sodann wurde aus den Drüsenorganen und dem Blute dieser immunen Tiere ein Extrakt hergestellt, welches als Tebecin bezeichnet wird. Dasselbe ist nach angestellten Versuchen imstande, den zerstörenden Einfluß, den die Tuberkelbazillen in Verbindung mit anderen Mikroorganismen ausüben, zu lokalisieren, resp. zum Stillstand zu bringen. Das Präparat soll in alkoholischer Lösung tropfenweise eingenommen werden. Zu subkutanen Injektionen eignet es sich nicht.

Tuberculoalbumin von Dr. Thamm in Berlin ist ein nicht näher charakterisiertes, aus Tuberkelbazillen dargestelltes Präparat gegen Tuberkulose.

Tuberculocidin Te-Ce, nach Edwin Klebs, stellt eine einprozentige Lösung der bakteriziden und antitoxischen Substanz der Tuberkelbazillen dar, welche durch Zusatz von 0·2% Kresol haltbar gemacht ist. Das Präparat wird lediglich innerlich angewendet, per os, und zwar bei sämtlichen tuberkulösen Affektionen. Tuberculocidin Te-Ce wird von den jüngsten Kindern ebenso gut wie von Erwachsenen vertragen. Bei Kindern unter einem Jahr beginnt man mit einem Tropfen (= $^1/_{20}$ cm³), bei älteren Kindern mit zwei Tropfen (= 0·1 cm³) in etwas Wasser, dem man im Notfall etwas Fruchtsirup zusetzen kann. Erwachsene beginnen mit drei und fünf Tropfen (0·15 und 0·25 cm³), je nach der zu erwartenden Reizbarkeit. Unter Kontrolle der viermal gemessenen Temperatur, wobei die tägliche Mitteltemperatur zu berücksichtigen ist, steigt man dann je um einen Tropfen bei Kindern, um zwei und mehr bei Erwachsenen bis zur sogenannten Volldosis, die für Kinder 1 cm³ und für Erwachsene 2 cm³ beträgt. Diese Dosen sollen dann längere Zeit (bis zu einem Jahr) gebraucht werden.

Tuberculo-Proteïn ist ein anderes Präparat, dessen Edwin Klebs sich bedient. Dasselbe enthält die immunisierenden Substanzen der Bazillenkörper, und zwar im Kubikzentimeter 10 mg, also doppelt so viel als Kochs Bazillenemulsion, welche nur 5 mg feste Substanz enthält, von denen aber der größte Teil unwirksame Substanzen darstellen soll. (Fett 25% und Nukleïnsubstanzen, die vermöge der Darstellung entfernt werden.) Klebs gebraucht das Tuberculo-Proteïn nur innerlich zu 0·5 bis 1 cm³ am Tage neben Te-Ce und Selenin, wenn die Patienten in längerer Behandlung symptomenfrei geworden sind, aber doch noch nicht ihre vollständige Leistungsfähigkeit wiedergewonnen haben.

Typhusserum, über dessen endliche Darstellung und Erfolge aus Paris Mitteilungen in die Tageszeitungen gelangt sind, wird von Chantemesse wie das Diphtherie-Heilserum durch Impfung eines Pferdes mit Typhusgift erhalten, letzteres durch Züchtung des Typhusbazillus in einem besonderen Nährboden, der aus einer Mischung von Milz und Knochenmark besteht. Während der ersten zwei Wochen soll bei mäßig günstigem Befinden des Kranken eine einzige Einspritzung von 10 bis 12 cm³ genügend sein, um die Krankheit abzuwenden. Hält aber 8—10 Tage nach der ersten Einspritzung das Fieber noch an, so wird eine zweite Impfung mit 4—5 oder in schweren Fällen mit 10 cm³ nötig. Das Serum wirkt angeblich gleichzeitig als Gegengift und zur Abtötung der Bakterien. — (Ber. von Brückner, Lampe.)

(Fortsetzung folgt.)

c) Keuchhustenmittel.

Antitussin. Zusammensetzung: Difluordiphenyl 5, Adipis Lanae anhydr. 85, Vaselin 10. Anwendung: Zu Einreibungen bei Keuchhusten, Mandelentzündungen, Hals- und Rachenerkrankungen. Antitussin Verweij ist ein dem Pertussin ähnlich zusammengesetzter Thymiansirup.

Convulsin von Apoth. Kowalewski in Berlin ist ein Extr. fluid. fol. Eucalypti mit Sirup. Vanill.

Keuchhustentabletten, Lublins. Zusammensetzung: Tabletten, deren jede 0·1 Aristochin enthält.

Digitized by Google

Pasterin. Zusammensetzung: Tabletten, welche aus Kodein, Natriumsalizylat, Natriumbromid und Extraktivstoffen der Alantwurzel bestehen.

Pertussin (Extr. Thymi saccharat.). Zusammensetzung: Nach Angabe des Fabrikanten: Ol. Thymi aeth. et Thymol 0·5, Extr. Thymi Taeschner 15·0, Alkohol 6·5, Sacch. 50·0, Glyzerin 2·0, Aq. destill. 26·0. Anwendung: Gegen Keuchhusten, Bonchialkatarrh etc.

Solvin, Müller. Zusammensetzung: Gezuckerter Thymianextrakt. Anwendung: Als Hustenmittel, auch bei Keuchhusten empfohlen.

Thymospasmin. Zusammensetzung: Ein Bromoform enthaltendes Thymianextrakt. Anwendung: Zweistündlich 1 bis 6 Tropfen gegen Keuchhusten.

Tuscon-Salbenpflaster von Apoth. Areularius in Rostock besteht aus 6 g Kamillen, 2 g Thymian, 1 g Belladonna, 1 g Eukalyptusextrakt und 9 g Wollfettsalbengrundlage.

Vaporin. Zusammensetzung: Als „Naphthen-Eucalypto-Camphora" bezeichnetes Gemisch aus Naphthalin. puriss. plv. 180·0, Kampfer 20·0, Ol. Eucalypti, Ol. Pini piceae āā 3·0. (Fortsetzung folgt.)

2. Behandlungsmethoden.

Therapie der Lepra.

Ein eingehendes Referat über Pathologie und Therapie der Lepra erstattete Unna auf dem Lissaboner Kongreß. Er gab fogendes Schema einer dermatologischen Behandlung der Hautlepra:

Allgemeine Behandlung: Gynokardseifenpillen (keratinierte, einfache und mitigierte), viermal täglich 5—8 Stück (= 3—5 g täglich), zugleich mit einem Schluck $^1/_2$%iger Salzsäure.

Gynokardklysma von 5 g Gynokardöl in Milch, nach einem Reinigungsklistier jeden oder jeden zweiten Abend vor dem Zubettgehen; subkutane Injektion von 1·0 Oleum Camphoratum forte mit oder ohne 2—10% Gynokardöl, täglich.

Bei Magerkeit, mangelndem Appetit, bei starken und ausgedehnten vasomotorischen Störungen der Extremitäten, bei Muskelatrophie und Neurasthenie: Ichthyol in Form von Tropfen, Pillen oder Kapseln täglich 1—2 g. Bei ausgedehnten Anästhesien und Parästhesien: Strychnin täglich 0·05 g in einer Pille. Bei Neuralgien und schmerzhaften Gelenkaffektionen: Aspirin 2—6 g täglich. Gute Ernährung. Viel Milch und Eier.

Lokale Behandlung. A. Regionäre Behandlung für umschriebene und vereinzelte Eruptionen im Beginne der Krankheit oder als Residuen am Ende der Kur als Rezidive nach erfolgter Beseitigung des Exanthems.

a) Milde Behandlung für vereinzelte flache, erythematöse und pigmentierte Neurolepride und frische knotige Embolien.

α) Tageszyklus mit interkurrenter, täglicher heißer Abwaschung (mit oder ohne Bad).

β) Halbwochenzyklus. Erste Hälfte der Woche: Schmierkur ohne tägliche Reinigung; zweite Hälfte der Woche: Abheilung mit täglichem Bad.

γ) Langer Zyklus ohne tägliche Reinigung. Nach erheblicher Reizung der Haut: mehrtägige Pause und Abheilung mit Zinkschwefelpaste und täglichem Bade.

a) Milde Behandlung bei flächenhaften, erythematösen und pigmentierten, flächen- und ringförmigen Neurolepriden ohne oder mit parangioitischem Bazilleninfarkt.

1. Schmierkur im Tageszyklus.

α) Mit 2—5%iger Resorcin-Salizylvaseline;

β) mit Ungt. Resorcini compositi.

2. Schälkur im Halbwochenzyklus.

Erste Hälfte der Woche: täglich zweimal Einreibung von

Pasta lepismatica	p 1
Vaseline	pp 2—4

auf ein Drittel der Körperfläche, welches Drittel am nächsten Tage durch Einleimung ausgeschaltet wird.

Zweite Hälfte der Woche Abheilung, unter Schälung der Haut; tägliches Bad mit Abseifung (Schmierseife, Karbol-

Digitized by Google

seife, Salizylseife, Na_2O_2-Seife) und Plätten stärker befallener Stellen.

b) Mittelstarke Behandlung bei tuberösen Neurolepriden und subkutanen Lepromen.

1. Schmierkur im langen Zyklus. Ganzer Körper mit 2—5%iger Pyrogallol-Sapo viridis-Vaseline.

2. Schmierkur im langen Zyklus. Oberkörper, Gesicht, Arme und Hände mit 2—5%iger Pyrogallolsalizyl-Vaseline. Beine und Füße mit 2—5%iger Chrysarobinsalizyl-Vaseline.

Bei beiden Schmierkuren innerlich fortdauernd Salzsäure und nach eingetretener starker Hautreizung Abheilung unter Zinkschwefelpaste und Bädern.

1. Lokale Karbolinjektionen an verschiedenen Stellen (täglich 0·02—2·0 g).

2. Täglich zweimaliges Plätten, außerdem

α) am Rumpfe und Extremitäten:

1. Aetzungen mit Karbolsäure, darauf
2. Bedeckung mit Resorcin-Guttaplast oder
3. Kampfergynokard-Guttaplast;

β) im Gesicht, Hals, Handrücken:

1. Ung. Resorcini compos. oder
2. Resorcin- (10·0) Guttaplast oder
3. Zinkoxydgynokard-Guttaplast oder
4. Ung. Bismuti oxychlorati c. Extr. rhei fluid. (2—20%).

b) Mittelstarke Behandlung für plattenartige oder ringförmig erhabene Neurolepride und subkutane Leprome.

1. Lokale Karbolinjektionen (täglich 0·02—0·2 g).
2. Aetzungen mit Karbolsäure.
3. Starkes Plätten bis zur Erzeugung einer Brandblase.
4. Vereisung mit Aethylchlorid, flache Abtragung mit dem Rasiermesser.
5. Pyrogallol- (10·0) Guttaplast bis zur Blasenabhebung.
6. Chrysarobin- (10·0) Guttaplast bis zur Blasenabhebung.

Die Abheilung nach 2—6 geschieht unter Kampfergynokard-Guttaplast.

c) Starke Behandlung für kutane Leprome, starke subkutane Wülste, ausgeprägte Leontiasis und große scheibenförmige Primäraffekte.

1. Aetzung mit Pasta caustica und Ungt. causticum.
2. Bei mehrfacher Aetzung zum Schluß: Aetzung mit chlorhaltiger Salzsäure.
3. Pyrogallol- (10·0) Guttaplast bis zur Ulzeration.
4. Vereisung mit Aethylchlorid, flache Abtragung.

Die Abheilung der Wunden geschieht in allen Fällen unter Kampfergynokard-Guttaplast.

B. Universelle Behandlung für universelle Exantheme, und zwar Schmierkuren im Wollenanzuge mit:

c) Starke Behandlung bei multiplen Lepromen der Kutis und Subkutis mit oder ohne begleitende Neurolepride.

1. Schmierkur im langen Zyklus. Oberkörper, Gesicht, Arme und Hände: mit 5—10%iger Pyrogallolsalizyl-Vaseline.

2. Gleichzeitig: Bedeckung der größten und derbsten Infiltrate mit

a) Pyrogallol-Guttaplast oder
b) Chrysarobin-Guttaplast.

Dabei innerlich viel Salzsäure, je mehr, desto dunkler der Urin. Abbrechen der Schmierkur und Abheilung bei starker Dermatitis, Blasenbildung, starker Schwärzung des Urins, allgemeiner Schwäche. Dann Pause, Erholung des Gesamtkörpers und neben täglichen Bädern Lokalbehandlung der am stärksten befallenen Stellen nach Schema A, c. Dann Wiederholung der universellen Behandlung.

Allgemeine Regeln der Kur:

1. An jedem Tage wird universell oder lokal behandelt. Man darf keine Intervalle der Behandlung eintreten lassen.

2. Deshalb empfiehlt sich ein Wechsel unter den oben als gleichwertig angegebenen Behandlungsarten nach festem Plane, besonders wenn irgendwo Stillstand der Besserung eintritt.

3. Nie soll die äußere Behandlung aufgegeben werden, solange noch Haut oder Schleimhautleprome nachweisbar sind. Letzte Reste derselben sind völlig zu vernichten.

Digitized by Google

4. Die innere Behandlung soll die äußere stets begleiten und noch jahrelang fortdauern, nachdem äußere Symptome nicht mehr sichtbar sind und die äußere Behandlung aufgegeben ist.

5. Eine kurze starke Behandlung, wenn auch von sichtbarem Erfolge begleitet, ist ohne jeden Wert. — (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 12, 1906.)

Credésche Silbertherapie bei Augenkrankheiten.

Marine-Oberstabsarzt Dr. Meyer weist in einer Mitteilung über die Credésche Silbertherapie bei Augenkrankheiten darauf hin, daß die Chinesen ein überreiches Material an Augenkrankheiten geben, besonders an eitrigen Bindehautentzündungen und Trachom, eine Folge der grenzenlosen Unsauberkeit. Das für das sehr feuchte und an grellem Sonnenschein reiche Klima zu empfindliche Itrol ersetzte Vf. durch das Kollargol, das er in 5%iger Lösung einträufelte; darauf folgte eine leichte Massage. Diese Prozedur wurde dreimal am Tage wiederholt. Durch diese Behandlung kamen alle Bindehauteiterungen, auch nach Tripperinfektion, zum Stillstand und Rückgang. Bei Säuglingen ließen sich die eitrigen Konjunktivitiden sicher beherrschen. Bei akutem, frischen Trachom wurde mit blutiger Entfernung der Bläschen begonnen, worauf die Massage mit 5%iger Kollargollösung folgte. Bei chronischem Trachom und Follikulärkatarrh wurde zuerst die Sekretion durch die Kollargolmassage zurückgedrängt, dann erst die Kupferzitratsalbe appliziert. Bei den Operationen zur Beseitigung der Folgezustände jahre- und jahrzehntelanger Bindehaut- und Hornhauteiterungen gab die Verwendung des Kollargols zur vorbereitenden Desinfektion und zur Nachbehandlung gute Resultate; eine Infektion des Augapfels kam nie vor. Bei frisch verletztem Augapfel hielt das Kollargol die allgemeine Entzündung des Auges zurück; bei schon bestehender Panophthalmie gab auch Kollargol keine Aussicht auf Erhaltung des Augapfels; doch wurde ein Weiterschreiten der Infektion auf benachbarte Organe verhindert; zu diesem Zweck gab Vf. in entsprechenden Fällen auch innerlich Kollargol, und zwar einhalb- bis einstündlich einen Teelöffel der $^1/_2$—1%igen Lösung. Das Kollargol, sagt der Vf., „verleiht ihm bei gänzlicher Gefahrlosigkeit ein Gefühl der Sicherheit, das er anderen desinfizierenden Mitteln gegenüber nie besessen hat". — (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 3, 1906.)

Kollargol in der Kriegschirurgie.

Um die Sekundärinfektion der unverbunden oder mit Notverband versehenen, frisch vom Schlachtfeld kommenden Wunden, die als nicht infiziert anzusehen sind, zu verhüten, verfuhr v. Oettingen folgendermaßen: Ohne jede Waschung wurde die Umgebung der Wunde mit stark klebender Mastixflüssigkeit bepinselt; auf die Schußöffnung kam eine Kollargoltablette zu 0·05 g; darauf der sterile Bausch, der sofort unverschieblich haftet. Ein Eindringen von Bakterien in die Wunde, ein Verschieben des sterilen Bausches verhindert die starke Klebkraft der Mastixflüssigkeit. Vf. verwandte das Kollargol nicht nur als Prophylaktikum in der angegebenen Weise, sondern überhaupt als einziges Desinfiziens für frische Wunden, mit Ausschluß von Jodoform, und fand am Kollargol folgende Eigenschaften: Es ist ungiftig; Idiosynkrasie, Ekzeme kommen nicht vor. Es ist gut blutstillend und ganz reizlos. Es ist geruchlos und wirkt desodorisierend. Es wirkt primär, ohne, wie das Jodoform, sich spalten zu müssen, stark hemmend auf die Bakterienentwicklung. Im Unterschied von Sublimat bringt Kollargol das Serum nicht zum Gerinnen und läßt das Wundserum ungehindert in den Verband abfließen, bis schließlich durch Verdunsten Eintrocknung eintritt, während die durch Sublimat verursachte Aetzung mit Verschorfung leicht zu Retention Anlaß gibt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1906.)

Die Therapie der adhäsiven Perikarditis bespricht W. Hoffmann in seiner Dissertation. (Berlin 1905.)

Bis vor kurzem war die Therapie bei der Pericarditis adhäsiva und der Mediastino-

Digitized by Google

Perikarditis fast vollkommen aussichtslos. Denn auf die Verwachsungen selbst vermochte die medikamentöse Behandlung keinen Einfluß auszuüben, man war vielmehr auf die symptomatische Bekämpfung der dadurch hervorgerufenen Störungen beschränkt. Natürlich galt das Hauptbestreben der Fernhaltung von Einflüssen, welche die Herzarbeit übermäßig steigern oder die Herzkraft herabsetzen. Der Hydrops wurde mit Digitalis und diuretischen Mitteln, die massenhaften serösen Ergüsse mit Punktionen behandelt.

Gegen den Aszites hat man auch versucht (Talma), auf anderem Wege vorzugehen. Das Prinzip der Methode Talmas ist, zu den normalerweise vorhandenen, aber in solchen Fällen unzureichenden Anastomosen zwischen den Wurzelgebieten der Pfortader und der Hohlvenen neue hinzuzufügen. Talma hat zu diesem Zweck entweder die Gallenblase oder das Netz mit der Bauchwand vernäht.

Im Jahre 1902 machte Brauer zuerst den Vorschlag, bei der Mediastino-Perikarditis, da dem Herzen aus dem jeweiligen systolischen Einziehen der später kraftvoll zurückfedernden Brustwand eine bedeutende Mehrarbeit erwuchs, die es auf die Dauer nicht zu leisten vermag, das Herz dadurch funktionell zu entlasten, daß man durch ausgedehnte Rippenresektionen den Thoraxring sprengt: Brauersche Kardiolyse. Brauer empfiehlt eine breite Resektion der 3.—6. Rippe links vom Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie und hält eine Resektion des Sternums nicht für notwendig. Es ist eine ganze Reihe von Fällen in der Literatur niedergelegt, die den vorzüglichen Wert dieser geistvollen Operationsmethode erweisen.

Lokale Silbertherapie bei Diphtheritis. Von Dr. Viett.

Die Serumbehandlung der Diphtherie kann nur die von den Löfflerschen Bazillen produzierten Toxine neutralisieren. Unbeeinflußt bleiben die Streptokokkentoxine sowie der örtliche Ansiedlungsherd von Löfflerschen Bazillen und den sich stets mit diesen zusammenfindenden Streptokokken im Nasenrachenraum. Diesen Herd, der fortwährend neue Toxine erzeugt, zu vernichten, ist die Aufgabe der lokalen Behandlung der Diphtherie, die Bourget in Lausanne und Viett mit sehr gutem Erfolg seit fünf Jahren betreibt. Er benützte für die Pinselungen der erkrankten Rachenpartien zuerst ein Gemisch von Itrol und Aktolpulver, neuerdings aber, da infolge der Zersetzung dieser Silbersalze durch die alkalische Mundflüssigkeit sich ein die Zähne verfärbernder Niederschlag von Silberoxyd bilden kann, das in Wasser unlösliche Omorol, ein Silberproteinat von 10% Silbergehalt, das durch die alkalische, eiweißhaltige Mundflüssigkeit nicht zersetzt, sondern gelöst wird. Die Wirkung des Silbers auf die diphtherisch erkrankten Partien äußerte sich nach seiner Angabe folgendermaßen: Am zweiten Tag ist der Belag meistens ganz verschwunden, nachdem gelegentlich verfärbte Membranfetzen ausgeworfen wurden. Gleichzeitig besteht Euphorie bei bis zur Norm herabgesunkener Temperatur. Das Verfahren der Behandlung besteht darin, daß nach Gurgelung, Reinigung der erkrankten Rachenpartien von Schleim dieselben mittels Gaze- oder Wattepinsel reichlich mit Omorol eingepudert werden. Bei tiefer sitzender Rachen- und bei Nasendiphtherie erfolgt die Omorolapplikation mittels Pulverbläsers. Gurgelungen sind bis zu einer Stunde nach den Omorolapplikationen zu vermeiden. Auch nach Verschwinden der Membranen müssen die Omorolpinselungen noch 2—3 Tage lang, etwa dreimal täglich, fortgesetzt werden. Die intensive Wirkung des Omorols erklärt sich aus seiner Löslichkeit in Sekret und Gewebsflüssigkeit. Die Erfolge des Vf., dem schwere und mittelschwere Fälle in relativ kurzer Zeit sämtlich genasen, fordern zur Nachprüfung auf. Serum hat Vf. in keinem der Fälle angewandt. — (Med. Klinik Nr. 17, 1906.)

Tuberkulosebehandlung.

Narcyl (Aethylnarceinum hydrochloricum), ein Opiumalkaloid, wird von Garimond als brauchbares Anti-

Digitized by Google

spasmotikum in der Therapie der Lungenerkrankungen empfohlen. Bei Tuberkulose hat er einen vorzüglichen sedativen Einfluß auf den Husten wahrgenommen. Die therapeutischen Dosen schwanken bei Tuberkulose Erwachsener zwischen 0·06 und 0·12 g. — (Thèse de Montpellier S. 135, 1905.)

Elektrische Lichtbäder bei Psoriasis.

Meschtscherski hat den Einfluß der elektrischen Lichtbäder auf die Heilung der Psoriasis studiert und gefunden, daß sie ein sehr wirksames Mittel zu diesem Zwecke bilden; doch sind sie nicht imstande, alle Formen der Schuppenflechte zu beeinflussen. Am besten wird die Psoriasis inveterata beeinflußt. Die elektrische Lichtbehandlung führt nach den Angaben des Vfs. bei den hartnäckigen und langwierigen Formen rascher zur Heilung als irgend eine andere Behandlungsmethode. Die atonische Psoriasis mit schwach ausgesprochener Atonie, Infiltrationen und Abschuppung geht unter dem Einfluß der Lichtbehandlung sehr langsam der Heilung zu. Hier ist eine kombinierte Behandlung fast unumgänglich. Diejenigen Formen von Psoriasis, bei denen eine starke seröse Durchtränkung des Infiltrates zutage tritt, wie die Psoriasis rubra und Poriasis fibrinosa, reagieren sehr wenig auf die Lichtbehandlung. Bei einer Verschlimmerung der Psoriasis, sowie bei allen lokalen psoriatischen Erkrankungen ist die Lichtbehandlung kontraindiziert. Die Anwendung der hohen Temperaturen ist überflüssig, da der Heileffekt hauptsächlich von der Lichtwirkung abhängig ist. Die lokale oder allgemeine Therapie bei gleichzeitiger Anwendung von elektrischen Lichtbädern beschleunigt in hohem Maße die Behandlung. — (Russ. med. Rundschau Nr. 4, 1906.)

Behandlung des Fußschweißes.

Nach den Erfahrungen von Dombrowski ist Formalin das am sichersten wirkende Mittel zur Bekämpfung der Fußschweiße. Die Behandlung kann ambulatorisch erfolgen und geschieht am besten in Gestalt von Pinselungen der kranken Stellen der Fußsohlen mit 20%iger, der Interdigitalfalten mit 10%iger Lösung. — (St. Petersb. Med-Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Bewährte Nährklistiere.

25·0 Pepton. sicc.,
25·0 Milchzucker oder Nestles Kindermehl,
200·0 Aq.,
25·0 Alkohol,
10 gtt. Tinkt. Opii. — (Bial.)
250·0 Milch,
2 Eigelb,
1 Eßlöffel Rotwein,
1 Messerspitze Kochsalz. — (Boas.)

Chirurgische Maßnahmen bei inoperablem Uteruskrebs.

Sich stützend auf die guten Resultate anderer Autoren und eigener fünf Fälle redet Sikow bei inoperablem Uteruskarzinom der Unterbindung der zuführenden Gefäße warm das Wort, also der Hypogastricae und Spermaticae, eventuell auch der Arteriae lig. rotund. und der beiden Uterinae, letztere zwei der sich leicht bildenden Kollateralen wegen. Dieser Operation geht eine gründliche Auskratzung resp. Ausbrennung der karzinomatösen Wunde voraus. Die Lebensdauer wird auf 6, 9 Monate und mehr verlängert, die Schmerzen, die Blutungen, der Fluor hören auf, das Allgemeinbefinden hebt sich. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Strychnin.

Strychnin soll nach Pettey als Abführmittel zur Beförderung des im Darmkanal liegenden Kotes gute Dienste leisten. Es empfiehlt sich, der Anwendung salinische Abführmittel vorauszuschicken, genau zu dosieren, die Gabe alle 2—3 Stunden zu wiederholen. Morphinisten und Alkoholiker vertragen bis zu 0·008 g, bei anderen, namentlich jugendlicheren Personen genügen schon 3 mg. — (D. Pharm. Zentralh.)

Behandlung der Hämorrhoiden.

Sind die Hämorrhoiden vorgefallen, schmerzhaft und blutend, so wird auf die sorgfältig gereinigte und abgetrocknete

Digitized by Google

Analgegend ein Tampon aus hydrophiler Watte gelegt, welche mit folgender Lösung stark getränkt ist:

Cocain. muriat.	0·04
Adrenalin (1 : 1000)	gtt. XXX
Aq. dest.	30·0

Der Tampon wird mit Guttapercha bedeckt und alle drei Stunden bis zum vollständigen Verschwinden der Schmerzen erneuert.

Diese Behandlung hat den Vorteil, die Kongestion herabzusetzen, die Blutung zu stillen und den Schmerz zu lindern. Die Hämorrhoidalknoten werden klein und verschwinden endlich ganz.

Sind die Hämorrhoiden nicht vorgefallen, so führt man in das Rektum etwas oberhalb des Sphinkters ein Stückchen folgender Salbe ein:

Cocain. muriat.	0·03
Adrenalin (1 : 1000)	gtt. XXX
Vaselin.	15·0

oder auch ein Suppositorium von ähnlicher Zusammensetzung. — (D e m a y.)

Das beste Depilatorium ist nach E. W e y n e r (Deutsche Aerzte-Ztg., Nr. 7, 1906) eine Mischung aus:

Barium sulfurat. rec. parat.
Zinc. oxydat. āā p. aequ.

In dieser Form vernichtet das Bariumsulfid das Haar in idealer Weise, verursacht keine Irritation oder Dermatitis und macht die Haut weder rauh, noch färbt es blau, wie dies bei Arsenpräparaten beobachtet wird. Das Pulver wird mit Wasser zu Paste bereitet und dann in einer der Hautempfindlichkeit entsprechenden Menge und Zeitdauer auf die Haut appliziert. — (Pharm. Ztg., Nr. 37, 1906.)

Prurigo.

Kampfer ist ein ausgezeichnetes A n t i p r u r i g i n o s u m. Man verordnet Lotionen mit Kampferöl (Ol. amygd. dulc. 10 g, Kampfer 1 g) oder Applikationen von Salben und Pasten: Lanolin 90 g, Ol. camphorat. 10 g, Chloralhydrat 1 g. — Zinc. oxyd., Cretae, Ol. camphorat., Aq. calcis āā 25 g. — (Leredde.)

Ueber schmerzlose subkutane Quecksilbereinspritzungen berichtet Dr. G. H i r s c h.

Die Injektion löslicher Quecksilbersalze hat den Nachteil, daß sie starke Schmerzen verursacht. Die verschiedenen Zusätze, die man gemacht hat, um Schmerzlosigkeit zu erzielen (Morphium, Kokain, Antipyrin, Orthoform etc.) sind entweder zu giftig oder in unschädlicher Dosis von zu kurz dauernder Wirkung, bedingen auch Nekrosen. Akoin ist nach der Angabe des Vfs. ein Anästhetikum, das sich vor andern durch die lange Dauer seiner anästhesierenden Wirkung auszeichnet, es wird aber durch stärkere Lösungen eines Quecksilbersalzes ausgefällt. Durch ein besonderes Verfahren ist die Herstellung einer klaren haltbaren Lösung möglich, die 1% Hydrargyrum oxycyanatum (0·7% Hg) und 0·4% Akoin enthält. Dieses Präparat erzeugt bei subkutaner Injektion keine oder keine nennenswerte Schmerzempfindung. Die Injektionsstellen bleiben auch während der folgenden Tage reiz- und schmerzlos. Von dieser Lösung hat Vf. in Pausen von 2—4 Tagen Erwachsenen je 1—$1^1/_2$ cm^3, Kindern entsprechend weniger, abwechselnd zu beiden Seiten der Wirbelsäule eingespritzt. Es muß darauf geachtet werden, daß sich die Kanüle wirklich im Unterhautzellgewebe befindet und die Injektion nicht etwa in die straffen Schichten der Kutis hinein geschieht. Die Spritze mit Kanüle muß mehrmals mit destilliertem Wasser durchgespritzt werden, daß von der Desinfektionsflüssigkeit keine Spur mehr darin ist. Weiterhin betont Vf. den Vorzug der löslichen Quecksilbersalze mit rascher und genau dosierbarer Wirkung gegenüber den Injektionen unlöslicher Salze und den Inunktionen und teilt seine Resultate mit. — (Med. Klinik Nr. 9, 1906.)

Erfahrungen mit „Hämorrhoisid".

Ueber p r a k t i s c h e E r f a h r u n g e n m i t „H ä m o r r h o i s i d" berichtet J. B r i n g s (Wien). Das Präparat kommt in Tablettenform in den Handel und enthält als wirksamen Bestandteil das Extractum Pantjasonae (in Asien einheimische Cucurbitacee), welches auf den Mastdarminhalt leicht auflösend wirken

Digitized by Google

soll, ohne Diarrhöe zu erzeugen oder die Schleimhaut zu reizen. Es setzt die Empfindlichkeit des Mastdarmes und des Anus herab. Eine Reihe weiterer Eigenschaften gewährleisten einen günstigen Einfluß (neben den üblichen diätetischen Maßnahmen) auf die subjektiven wie objektiven Beschwerden des Hämorrhoidalleidens. Vf. berichtet über eine Anzahl von Krankengeschichten, die für den therapeutischen Wert des Präparats sprechen. — (D. Heilk. Nr. 3, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Bei chronischen Affektionen der Lunge, Bronchitiden, ungelösten Pneumonien, Bronchiektasien, insbesondere bei Phthise, wenn sie noch nicht zu hochgradig ist, empfiehlt Berliner (XV. internat. Kongreß in Lissabon):

1. Rp. Ol. Eucalypti albissimi 10·0
Ol. Dericin. 20·0
M. D. S. Gründlich durchschütteln.

2. Rp. Menthol. crystal. } āā 10·0
Ol. Eucalypti }
Ol. Dericin. 20·0
S. Leniter calefaciendo.

3. Rp. Thymol. cryst. 2·0
Menthol. cryst. 5·0
Ol. Dericin. 10·0
M. D. S. Zweimal wöchentlich 3 cm³ in die Glutäen oder die Bauchhaut zu injizieren.

Bronchitis.

Rp. Terpin. hydrat. 3·0
Dionin. 0·3
Gummi arab. pulv. } āā 1·5 (oder
Succ. Liquir. } qu. s.)
ut f. pilul. Nr. XXX.
Consp. Lycopodio.
D. S. Täglich dreimal zwei Pillen zu nehmen.

Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde.

Cocain. 0·8% (oder Eucain 2%)
Natr. chlor. 0·9%
Subcutin 0·2%
Paranephrin 1:10.000. — (Peckert.)

Gastritis chronica.

1. Rp. Tinct. Nuc. vomic. 10·0
Tinct. amar.
Tinct. aromatic. } āā 5·0
Tinct. Cingiberis }
M. D. S. Dreimal täglich 15 Tropfen zu nehmen.

2. Rp. Extr. Strychni 0·25
Pulv. Rhei 2·5
Pulv. Rhizom. Calami 12·5
Sacch. alb. 5·0
Da ad scatul.
S. Zweistündlich eine Messerspitze voll zu nehmen.

Nervöse Dyspepsie.

1. Rp. Extr. Cannabis ind. 0·05
Sacch. alb. 0·5
M. f. pulv. Nr. X.
D. S. Zweimal täglich ein Pulver zu nehmen oder acht bis zehn Tropfen der Tinktur.

2. Rp. Chloralhydrat. 4·0
Syr. cort. Aurant. } āā 30·0
Aq. dest. }
M. D. S. Zwei- bis dreimal täglich ein Teelöffel voll zu nehmen. — (Cohnheim.)

Gegen Oxyuris vermicularis.

Rp. Ol. Jecoris aselli 50·0
Vitelli ov. unius
Aq. dest. 120·0
M. f. emulsio. D. S. Zum Klistier.

Anämie der Kinder.

Rp. Ferri carbon. sacch. 10·0
Cort. chin. pulv. 5·0
M. f. p. Da ad scat.
S. Dreimal täglich eine Messerspitze in Zuckerwasser zu nehmen.

4. Varia.

Malzextrakte.

Die Malzextrakte bestehen vorwiegend aus leicht assimilierbaren, den Darm nicht reizenden Kohlehydraten (Maltose und Dextrin) und enthalten außerdem noch erhebliche Mengen von

Digitized by Google

Eiweiß. Der Gehalt an Diastase befähigt sie, die Tätigkeit der Magenenzyme kräftigst zu unterstützen, insbesondere die Verdauung und Ausnützbarkeit der stärkemehlhaltigen Nahrungsmittel zu erhöhen und dadurch die Zwecke der Ernährung wesentlich zu fördern. Eine vieljährige Erfahrung zeigt, daß die Malzextrakte mit bestem Erfolg zur Säuglings- und Kinderernährung herangezogen werden können. Die Zusammensetzung der Malzextrakte, insbesondere das Vorhandensein aktiver Enzyme, eignet sie nach der Mitteilung von Hamburg vorzüglich als Zusatz zu den meisten Arzneimitteln. — (Med. Blätter Nr. 22, 1906.)

Röntgenographie des Nierenbeckens nach Kollargolfüllung.

Völcker und Lichtenberg schoben mit Hilfe des Caspersehen Zystoskops einen Ureterenkatheter bis in das Nierenbecken vor, entfernten dann das Zystoskop und injizierten durch den Katheter eine erwärmte 5%ige Kollargollösung. Es ließen sich bisweilen nur 5, manchmal bis zu 60 cm^3 einspritzen, was jedenfalls durch die variable Größe des Nierenbeckens bedingt ist. Die Röntgenographie geschah mit Hilfe der Albers-Schönbergschen Blende bei einer Belichtungszeit von durchschnittlich zwei Minuten. Nach Beendigung der Sitzung wurde das Nierenbecken sorgfältig mit warmer 2%iger Borsäurelösung ausgespült, darauf der Katheter wieder entfernt. Unangenehme Folgeerscheinungen, mit Ausnahme eines ungefähr einen Tag lang währenden dumpfen Schmerzgefühls in der Nierengegend, hinterließ der Eingriff nicht. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Eine schwere Stovainvergiftung teilt Trautenroth mit: Nach Injektion von 0·06 g Stovain, welches die erwünschte Analgesie herbeiführte, zeigten sich sehr bald Atembeschwerden und Würgen, doch ging dies vorüber. Nach einigen Tagen aber traten die schmerzhaften Beschwerden (Kopfschmerz) einer ausgesprochenen Gehirnhaut- und Nervenentzündung ein, die erst nach längerer Zeit zum Schwinden gebracht werden konnten. Sie werden vom Vf. dem Stovain als chemischem Reizmittel zur Last gelegt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7, 1906.)

Bücher-Anzeigen.*)

Anleitung zur qualitativen Analyse anorganischer und organischer Stoffe, sowie zur toxikologisch- und medizinisch-chemischen Analyse zum Gebrauche für Mediziner und Pharmazeuten. Von Dr. Karl Arnold, Professor der Chemie in Hannover. 5. Auflage. Hannover-Berlin 1906. Verlag von Karl Meyer.

Das Buch ist hauptsächlich für Studierende bestimmt, um denselben als Leiter bei den Laboratoriumsarbeiten zu dienen. Es enthält daher von theoretischen Auseinandersetzungen nur die Klarstellung der notwendigsten Grundlagen der chemischen Reaktion (Jonenlehre und Massenwirkungsgesetz) und widmet sich sonst ganz und gar der praktischen Arbeit. Vor allem verdient das Kapitel über chemische Apparate und Manipulationen besondere Beachtung, wo der Studierende alles zusammengedrängt findet, was er sich sonst mit Mühe aus Handbüchern der Physik und Chemie zusammentragen würde, ja selbst oft vergeblich suchen würde. Es wird hier das gesamte Rüstzeug und seine praktische Verwendung in leicht faßlicher Form beschrieben und erklärt. Ebenso lehrreich für den praktisch übenden Studenten ist auch die der Herstellung und Prüfung der Reagenzien gewidmete nächste Abteilung, welche geeignet ist, aus dem blindmechanischen Vertrauen in die dargebotenen Reagenzien ein mehr selbständig denkendes Arbeiten zu machen. Hierauf folgen die Anleitungen zur qualitativen Analyse anorganischer Stoffe nach den Gruppen des Elementsystems geordnet, welchem Tabellen für den systematischen Gang der qualitativen Analyse beigegeben sind, deren Einteilungs-

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

prinzip in rein praktischen Gesichtspunkten, genau das schrittweise Vorgehen bei der Analyse berücksichtigend, gelegen ist. So heißt die 1. Tabelle: Vorprüfung mit der trockenen feingepulverten Substanz, und finden daselbst die Flammen-, Schmelz- etc. etc. Reaktionen Aufnahme. Eine andere Tabelle beschäftigt sich mit der Ueberführung der Substanz in Lösung behufs Untersuchung auf nassem Wege, denen dann eine Anzahl von Tabellen folgen, die die einzelnen Reaktionen (nicht die etwa zu erwartenden Elemente) zum Einteilungsprinzip haben, was Verf. aus pädagogischen Gründen besonders anerkennen möchte, ebenso wie es auch dem Vorgehen bei völliger Unbekanntheit mit dem zu prüfenden Stoffe besser entspricht. Dem neuesten Stande der Wissenschaft entsprechend ist auch eine umfangreiche Tabelle, die die Untersuchung auf Anionen zum Gegenstande hat. In der organisch-chemischen Abteilung konnte leider dieselbe Darstellungsweise nicht eingehalten werden, sondern mußte zur Einteilung des Stoffes nach den einzelnen Verbindungen gegriffen werden. Sehr gut und praktisch ist der toxikologische Teil, ebenso die medizinisch-chemische Analyse bearbeitet. Es ist kein Zweifel, daß A.s Buch zu den verwendbarsten gehört, die dem Ref. unter den dem Mediziner gewidmeten chemischen Hilfsbüchern begegnet sind. Das Erscheinen in fünfter Auflage bestätigt dies durch das Urteil der Allgemeinheit. E. Schwarz.

Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinischen Wissenschaften. Von Dr. Paul Römer. Mit einem Vorwort von Geheimrat Prof. Dr. P. Ehrlich. Wien 1904. Verlag von Alfred Hölder. 455 pp.

Nachdem die Ehrlichsche Immunitätslehre weit über ihren angestammten Umfang hinaus sich für eine große Reihe pathologischer Probleme als fruchtbringend erwiesen hatte, nachdem die Seitenkettentheorie als Pfadfinder in einer ganzen Anzahl biologischer, speziell biochemischer Gebiete gedient hat und noch weiter ersprießlich zu wirken bestimmt scheint, wuchs das Verlangen nach einer umfassenden Darstellung des gesammten vorliegenden Tatsachenmaterials auch bei denjenigen, welche sich nicht eigentlich mit der Immunitätsforschung als solcher beschäftigen. Ja man kann sogar sagen, daß heute jeder auf wissenschaftliche Bildung Anspruch erhebende Arzt nicht nur in Kenntnis der Ehrlichschen Lehre sein muß, nicht nur auch mit den experimentellen Grundlagen, sondern auch mit einer großen Anzahl der aufgedeckten Erscheinungen vertraut sein soll. Wie Ehrlich selbst in der Einleitung zu R.s Werk hervorhebt, hat es bislang ja nicht an solchen Uebersichten gefehlt, doch waren dieselben stets bemüht, in möglichst gedrängter Kürze die Lehre und ihre Stützen zu exponieren, ohne ein vollkommenes Inventar über den ungeheueren Schatz biologischer Erfahrungen zu geben, die mit Hilfe der Seitenkettentheorie zutage gefördert sind. R.'s Absicht war eben, diese Lücke auszufüllen und er hat so eine bis ins Detail reichende Monographie der Theorie gegeben, welche den Laien mit allen experimentellen Details, mit allen noch ungelösten oder strittigen Fragen bekannt macht, ferner auch die Anwendung, welche die Lehre bis jetzt in den einzelnen Spezialdisziplinen der Medizin gefunden hat, eingehend und kritisch behandelt. Nachdem R. selbst in zahlreichen theoretischen Fragen selbständiger Forscher gewesen ist, insbesondere mit Nachdruck und Erfolg praktische Konsequenzen auf seinem Spezialgebiete, der Ophthalmologie, aus der Lehre gezogen hat, wird die Erwartung des Lesers, durch kundige Hand in das so schwierige und komplizierte Gebiet eingeführt zu werden, vollauf erfüllt. Durch die kritische Betrachtung und die zahlreichen Anregungen wird R.'s Werk jedoch auch dem Forscher jederzeit Interesse und Förderung bieten. E. Schwarz.

Forschungen über gleichgeschlechtliche Liebe. Von F. Karsch-Haak. Das gleichgeschlechtliche Leben der Ostasiaten: Chinesen, Japaner, Koreer. München 1905. Verlag von Seitz & Schauer. Preis 4 Mark.

Die Arbeit ist für jeden vorurteilslosen Wahrheits- und Menschenfreund von hohem ethnologischen Interesse. Es wird darüber eingehender berichtet werden, wenn sie ganz vorliegt. L.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Einst und Jetzt.

Ein Beitrag zur Therapie der Appendizitis.

Von Dr. **Emil Schwarz**, Privatdozent in Wien.

Kaum eine der medizinischen Fragen des letzten Dezenniums ist von so einschneidender praktischer Bedeutung gewesen, wie die nach der Behandlung der Appendizitis. Nach kurzem Vorpostengefecht waren die Anhänger der alten Methoden geschlagen und in beispiellosem Triumphzuge bemächtigte sich die Chirurgie des aufgegebenen Gebietes. Die zu Anfang noch diskutierte Frage der Indikation zum operativen Eingriffe wurde fast gegenstandslos, die Indikationsstellung erweiterte sich immer mehr, ja die energischesten Vorkämpfer forderten jeden Fall und sobald als möglich vor das Messer des Chirurgen. Die Publikationen über diese Angelegenheit sind Legion, in allen Ländern, in allen Sprachen wurde die neue Lehre verkündigt und die Uneinigkeit beschränkte sich nur auf den untergeordneten Punkt, wann, im Anfalle oder nach dem Anfalle, à chaud oder à froid, zu operieren sei. Operieren müsse man in jedem Falle: die Appendizitis sei eine so gefährliche und insidiöse Erkrankung, daß der Patient nur auf eigene Gefahr sich dem Eingriffe entziehen könne, der behandelnde Arzt könne und dürfe die Verantwortung für diese Unterlassung nicht tragen. Die immer zahlreicheren Operationen, das gesteigerte Interesse an diesen Prozessen erweiterte unsere Kenntnisse, erweiterte aber auch das Gebiet der Diagnose ins Ungeahnte und so wurde, während in früheren Jahren die Blinddarmerkrankungen ein verhältnismäßig seltenes Leiden darstellten, wie mit einem Schlage, ja man könnte sagen mit seuchenartiger Explosion, die Appendizitis eine der häufigen Erkrankungen. Mit der verbreiterten Diagnose und Indikationsstellung vermehrten sich die Operationen, aber auch zugleich die Zahl der Beobachtungen, wo die gefundenen Veränderungen nur geringfügige oder minimale waren, ja wo man sich mit dem Befunde einer Adhäsion, eines zu langen oder zu dicken Processus vermiformis begnügen mußte, wenn die Diagnose und die Berechtigung des Eingriffes gerettet werden sollten. Die natürliche Folge solcher Vorfälle wäre nun eine Beschränkung im operativen Vorgehen, eine größere Vorsicht in der Diagnosestellung gewesen. In letzterer Beziehung scheint sich auch der Standpunkt in jüngster Zeit tatsächlich etwas zu verschieben, wie die Mitteilungen über Schmerzen in der Regio iliaca, welche nicht von Appendizitis ausgehen (Hochenegg), Aufstellung einer „Pseudoappendizitis“ (Singer) ersehen lassen. Dagegen sind wir noch vollkommen in der operativen Aera der Appendizitisbehandlung befangen, jede sichere Appendizitis soll operiert werden und jede am exstirpierten Appendix konstatierte Veränderung wird als neuerliche Aufforderung, auch weiterhin auf der eingeschlagenen Bahn fortzuschreiten, verwertet, und nur wenige Stimmen erheben sich, welche auch hier einer präziseren Indikationsstellung das Wort reden. Und warum? Weil die Meinung herrschend geworden ist, daß jede auch noch so geringe Veränderung am Wurmfortsatz für dessen Träger eine eminente Gefahr in sich berge, daß über dem Kranken das Damoklesschwert der tödlichen Peritonitis in schaudernder Nähe schwebe. Und leider ist diese Ueberzeugung auch in nichtärztliche Kreise gedrungen. Die Kranken und deren Umgebung verbinden mit dem Worte „Blinddarmentzündung“ die Vorstellung eminenter Lebensgefahr für jetzt oder die

Digitized by Google

Zukunft, und wenn vielleicht die führenden Geister der Medizin in einem oder anderen Falle kraft ihrer reichen Erfahrung und ihres Ansehens die Verantwortung für die Unterlassung der Operation übernehmen, die größte Mehrzahl der Aerzte wird ihnen unter dem Drucke der öffentlichen Meinung nicht folgen können.

Zwei Punkte können also als feststehend betrachtet werden: 1. daß in vielen Fällen im Moment der Operation die Veränderungen am Wurmfortsatz nicht bedrohlich, ja selbst unbedeutend waren, wobei noch die Fälle mit vollkommen negativem Befunde, also falscher Diagnose, ganz außer acht bleiben; 2. daß also nur die Furcht vor der weiteren Entwicklung des Leidens, das Gespenst der drohenden Peritonitis und Perforation das Argument für den Eingriff abgibt. Das Urteil über die Berechtigung der modernen Appendizitistherapie hängt also ausschließlich von der Gefahrsquote ab. Ist dieselbe nachweisbar ein hohe, dann wird dem operativen Vorgehen allgemeinste Giltigkeit zuzusprechen sein, ist sie es nicht, dann wird mit demselben Rechte auf Einschränkung der Indikationsstellung gedrungen werden müssen. Wie soll aber die Frage entschieden werden, wenn alle oder auch nur weitaus die meisten Fälle von Erkrankung des Wurmfortsatzes dem Messer überliefert werden? Wenn der natürliche Verlauf auf diese Weise unterbrochen wird, kann man ebensogut behaupten, die Kranken wären später oder in einem anderen Anfalle einer Peritonitis erlegen, wie das Gegenteil. Das gegenwärtige Material ist also zur Beantwortung der Frage nicht geeignet. Es ist dies ebenso unmöglich, wie wenn man die Wirkung der Schutzpockenimpfung an der gegenwärtigen Bevölkerung unserer Kulturstaaten studieren wollte, wo die allgemeine Durchführung dieser Maßregel uns des Kontrollmaterials beraubt. Wohl aber gelingt dies leicht durch den Vergleich mit den vergangenen Jahren. Dasselbe Verfahren wurde ja auch zur Feststellung der Wirkung des Diphtherieserums eingeschlagen. Und so will ich es wagen, auch für die Appendizitisbehandlung wenn auch nicht eine dezisive Antwort, so doch wenigstens einen Standpunkt zu gewinnen, indem ich eine Parallele zwischen der operativen und der früheren Periode dieser Therapie versuche.

Die Möglichkeit eines solchen Verfahrens hängt von mehreren Bedingungen ab. Sie verlangt vor allem eine ziemlich weite Rückschau über ein großes und möglichst gleichartiges Krankenmaterial, die sichere Feststellung der Appendixerkrankung als Todesursache, die Berücksichtigung der in den einzelnen Zeitabschnitten geltenden diagnostischen Prinzipien, endlich die Kenntnis der an Ort und Stelle üblichen Gebarungen mit dem Kranken- und Leichenmaterial. Diesen Bedingungen scheint mir nun das allgemeine Krankenhaus in Wien vorzüglich zu entsprechen: Eine jährliche Krankenbewegung zwischen 21—30.000, eine gewisse Kontinuität in den klinischen Traditionen, der Usus, alle nicht an Tuberkulose oder Marasmus Gestorbenen zu obduzieren, endlich die in den Jahrbüchern bis zum Jahre 1902 erschienene detaillierte Krankenstatistik, so daß die Gewähr für ein verwertbares Material in jeder Hinsicht gegeben ist. In folgender Tabelle (siehe Seite 507) sind aus den Jahresberichten des Allgemeinen Krankenhauses 1870 bis 1891, sowie aus den Jahrbüchern der Wiener Krankenanstalten bis 1902 die das Allgemeine Krankenhaus betreffenden einschlägigen Ziffern zusammengestellt.

Ich legte mir nun folgende Frage vor: Ist die Gefahr der Peritonitis und anderer tödlicher Komplikationen bei nichtoperativem Verfahren eine größere als bei operativem, so muß nicht nur der Ausweis der an Appendixerkrankungen Verstorbenen (Kolonne IIb der Tabelle) größere Ziffern ergeben, sondern, was viel verläßlicher ist, da ja wegen falscher Diagnose manche Fälle unter anderer klinischer Diagnose geführt worden sein dürften, es muß die Zahl der durch Obduktion festgestellten tödlichen Erkrankungen des Processus vermiformis eine verhältnismäßig größere sein als in der operativen Periode. Als Begrenzung der beiden Perioden wählte ich das Jahr 1892, da von da an sich die Wirkungen der Sonnenburgschen Arbeiten, von denen ja der Hauptanstoß

Digitized by Google

Jahr	I		II		III				IV						
	Krankenbewegung		An Erkrankung des Processus vermiformis		An Peritonitis				Anatomische Statistik						
	Zahl		a	b	a		b		a	b	c	d	e	f	g
					wurden behandelt		starben			Peritonitis					
	der Kranken	der Todesfälle	wurden behandelt	starben	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Zahl der Obduktionen	Gesamtzahl	Reduz. Ziffer	Nach Erkr. des Proc. vermif.	Pyämie und Hepatitis nach Perityphlitis	Summe der Appendizitiden	Bemerkungen
1870	21657	2689	22	1	39	62	15	13	1485	45	26	4	1	5	Perforation 3 mal
1871	22860	2932	24	1	38	88	14	24	1645	66	37	6	—	6	Perforation 5 mal
1872	24007	2961	28	3	37	66	15	20	1458	70	52	5	2	7	Perforation 5 mal
1873	22049	2866	41	3	32	63	13	22	1664	79	49	6	—	6	Perforation 6 mal
1874	20563	2476	34	2	29	47	12	18	1615	90	55	8	—	8	Perforation 8 mal
1875	21297	2548	25	—	24	53	11	8	1590	52	25	2	—	2	Perforation 2 mal
1876	20659	2389	25	5	25	59	12	11	1571	69	26	3	2	5	
1877	21743	2793	33	2	28	47	12	12	1963	148	34	4	—	4	Perforation 3 mal
1878	22263	2735	27	—	29	56	13	18	1734	141	37	5	—	5	Perforation 4 mal
1879	23068	2800	36	5	23	53	8	10	1959	165	37	7	—	7	Perforation 4 mal
1880	23249	2900	38	2	25	70	9	20	1932	161	30	9	—	9	Perforation 6 mal
1881	23565	3007	28	6	18	35	11	9	1866	143	35	7	—	7	Perforation 5 mal
1882	23981	2771	35	—	17	40	5	15	1776	150	37	2	—	2	Perforation 1 mal
1883	24759	2919	51	6	33	79	10	21	1794	154	38	4	—	4	Perforation 4 mal
1884	25689	2899	56	2	31	75	16	28	1796	151	38	4	—	4	Perforation 4 mal
1885	26448	2898	36	4	31	76	14	17	1757	143	43	6	—	6	Perforation 5 mal
1886	26090	2720	35	3	24	68	15	17	1619	142	32	6	—	6	Perforation 6 mal
1887	25796	2756	56	9	28	55	17	18	1726	174	27	8	—	8	Perforation 6 mal
1888	25138	2622	61	2	31	59	16	25	1866	170	54	17	—	17	Perforation 15 mal
1889	25473	2565	58	5	35	60	14	18	1799	158	59	15	—	15	Perforation 15 mal
1890	24285	2309	60	3	57	72	18	20	1794	108	39	12	1	13	
1891	23776	2219	90	6	66	62	24	14	1685	103	25	9	—	9	
1892	23056	2196	73	8	36	73	16	27	1821	160	72	20	2	22	
1893	24471	2227	79	2	35	69	18	18	1925	141	44	12	—	12	
1894	25393	2244	55	5	25	75	9	22	1816	106	45	8	—	8	
1895	26858	2376	90	2	27	65	13	25	1819	121	38	15	—	15	
1896	27627	2209	119	16	16	41	5	5	1737	109	53	17	3	20	
1897	27660	2297	137	24	1	6	1	4	1843	108	52	26	6	32	
1898	29336	2195	182	23	2	9	—	3	1786	133	57	23	3	26	
1899	30764	2343	205	23	7	6	7	5	1945	175	87	22	3	25	Perforat. 4 mal Ulcerat. 13 mal
1900	29833	2107	186	24	5	7	5	7	1837	160	75	43	—	43	
1901	29808	2064	228	23	10	6	10	6	1763	134	69	24	2	26	
1902	30189	1899	312	30	10	3	10	3	1604	126	59	28	—	28	

Digitized by Google

zur Appendixchirurgie ausgegangen war, sich geltend machten. Die Wahl dieses Zeitpunktes stimmt auch vorzüglich mit den Angaben überein, die Guttstadt in einer kürzlich in der Berliner medizinischen Gesellschaft abgeführten großen Debatte (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 34, 1906) über die bezüglichen Verhältnisse in Preußen gemacht hat. Während bis zu dem genannten Jahre die Zunahme der Appendixerkrankungen von Jahr zu Jahr kaum 100 Fälle betrug, stieg dieser Zuwachs vom Jahre 1892 an rapid auf 300 bis 500, um im Jahre 1904 bereits 3300 zu erreichen. Nachdem dieser Aufschwung sicher auf die Einführung der chirurgischen Therapie zurückzuführen ist, verliert die von mir angenommene Begrenzung jeden Schein der Willkürlichkeit.

Ehe an die Verwertung der Zahlenreihen geschritten werden kann, muß aber vorerst festgestellt werden, ob die Ziffern der einzelnen Perioden sich überhaupt auf gleichwertige und daher vergleichbare Objekte beziehen. Für die anatomische Diagnose in den Obduktionsberichten ist dies natürlich sofort in bejahendem Sinne erledigt. Anders könnte es sich mit den Ziffern der klinischen Beobachtung verhalten. Würden in früherer Zeit Prozesse unter die Diagnose der Wurmfortsatzerkrankungen subsumiert worden sein, welche heute nicht mehr dahin eingestellt werden, dann wäre ein Vergleich überhaupt unstatthaft. Glücklicherweise steht aber die Sache beinahe umgekehrt, da in früherer Zeit der in Frage kommende Begriff viel enger gefaßt wurde und dadurch der Wert dieser Angaben für unsere Zwecke umso größer wird, als die Diagnose dadurch sicherer war. Die bis zum Beginne der Neunzigerjahre allein vorkommende Benennung ist Perityphlitis oder Paratyphlitis. Der Nachweis des entzündlichen Tumors in der Ileocökalgegend war das allein Ausschlaggebende. So schreibt Bauer in Ziemßens Handbuch VIII (erschienen 1875): „Die Diagnose stützt sich vor allem auf die schmerzhafte Geschwulst in der Cökalgegend, sodann auf die vorausgegangenen Erscheinungen und auf die Symptome der umschriebenen Peritonitis, welche die Geschwulst begleiten. Die Diagnose unterliegt in den meisten Fällen keinen Schwierigkeiten.“ Auch die in dem nächsten Dezennium erschienenen Lehrbücher sprechen in demselben Sinne, und ich selbst habe in meinen Studienjahren von meinen Lehrern Bamberger und Nothnagel dieselbe Lehre vortragen gehört. Erst ungefähr vom Jahre 1890 ab beginnt der Name Appendizitis sich einzubürgern und mit ihm die Erweiterung der Diagnose auf Fälle ohne Exsudatbildung. Nachdem wir nun wissen, daß alle Fälle von Peri- und Paratyphlitis vom Wurmfortsatze ausgehen, nachdem die Diagnose dieser exsudativen Form eine viel sicherere und leichtere war, als die der heutigen Appendizitis, so dürfen die Ziffern aus den früheren Jahren mit gutem Gewissen verwertet werden, ja noch mehr: wir können sagen, daß die in den Jahren 1870—1891 aufgezählten Fälle durchwegs der schwereren Form der Appendizitis angehört haben, wo die Erkrankung bereits über den engeren Bereich des Processus vermiformis hinaus gediehen war.

Die allmähliche Erweiterung des Begriffes der Appendizitis über den der Peri- und Paratyphlitis hinaus spricht sich auch deutlich in der sukzessiven Zunahme der Ziffern in Kolonne II a der Tabelle aus, ebenso wie der vermehrte Zufluß dieser Erkrankungen zum Krankenhause, der der Verbreitung der operativen Therapie gefolgt ist, vom Jahre 1891 ab deutlich erkennbar ist, ja vom Jahre 1896 rapid in die Höhe geht. Denn es ist wohl zweifellos, daß nicht die Häufigkeit der Appendizitis eine so sprunghafte Steigerung erfuhr, sondern nur die Aenderung in Auffassung und Behandlung in diesem Anstiege ihren statistischen Ausdruck finden (vgl. auch die oben angeführten Zahlen Guttstadts). Aus diesem Grunde habe ich auch das Material für die vorooperative Periode einem längeren Zeitraum entnommen, damit nicht allzu großes Mißverhältnis der zugrunde gelegten Zahlen bestehe. Die nichtoperative Periode umfaßt daher 22 Jahre gegenüber den 11 Jahren der zweiten Periode.

Ein interessantes Gegenstück zur Statistik der Appendizitis bietet die folgende

Digitized by Google

Rubrik III „Peritonitis". Ich habe dieselbe nicht in die Tabelle aufgenommen, um rechnerisch verwertet zu werden, sondern nur aus dem Grunde, um an ihr ebenfalls den Wechsel in der Diagnose und Auffassung der Fälle festzustellen. Es besteht nämlich eine Gegenbewegung in den beiden Ziffernreihen IIa und IIIa, die im Jahre 1892 einsetzt und vom Jahre 1896 am auffälligsten ist. Zugleich nimmt die Mortalität in dieser Kolonne III b in furchtbarer Weise zu, so daß in den letzten sieben Jahren fast jeder als Peritonitis ausgewiesene Fall tödlich endete. Die Ursachen liegen gewiß zum Teile in äußeren Momenten. Vom Jahre 1896 ab figuriert die Generaldiagnose „Peritonitis" nicht mehr in den Berichten, sondern die Fälle sind als Peritonitis ex perforatione ulceris rotundi ventriculi etc. etc. angeführt. Die Zahlen der letzten Jahre meiner Tabelle sind aus diesen Einzelereignissen zusammengestellt. Allein damit ist die Sachlage noch nicht geklärt. Es ist nämlich nicht anzunehmen, daß diese infausten Ereignisse früher nicht nur um so vieles häufiger, sondern auch um so günstiger verlaufen sind, wie es die Zahlen bis 1896 ergeben und es erhebt sich daher die Frage, welche mit Peritonitis einhergehenden Prozesse unter diesem Schlagworte ausgewiesen sind. Aus diesem Grunde ist in Rubrik III die sonst unterlassene Trennung von Männern und Weibern durchgeführt, weil bei letzteren eine ganze Anzahl von peritonitischen Prozessen oder peritonealen Reizerscheinungen von den genitalen Affektionen, namentlich gonorrhoischen, ausgelöst sein kann und die alljährlich gegenüber den männlichen fast doppelt so großen weiblichen Ziffern sprechen auch in diesem Sinne. Von diesen Prozessen wissen wir aber auch, daß sie größtenteils heilen, und so erklärt sich die geringe Mortalität an Peritonitis wenigstens teilweise. Wie aber sind die Zahlen der Peritonitis bei Männern mit der relativ so geringen Mortalität zu verstehen, wo doch bei diesen Peritonitis und peritoneale Reizerscheinungen stets von schweren, ätiologisch bedenklicheren Organerkrankungen ausgehen, wenn es sich nicht eben um Appendizitis handelt. Erscheint es da nicht plausibel, daß die bis dahin noch verbreiterten Prinzipien der Diagnostik diejenigen Appendixerkrankungen, welche nicht zu charakteristischer Tumorbildung führten, nicht als solche zu erkennen gestatteten, daß diese Fälle daher nicht im Ausweise der Peri- und Paratyphlitis, sondern unter „Peritonitis" erscheinen. Das dem auch tatsächlich so sei, läßt sich wenigstens für die tödlich verlaufenen und als solche bei der Obduktion festgestellten Appendixerkrankungen erweisen, indem die Ziffern der Autopsien (Kolonne III f) durchgehends höher sind, als die in Kolonne II b ausgewiesenen Todesfälle. Das Verschwinden der Diagnose „Peritonitis" ohne nähere Angabe der Veranlassung spricht im Zusammenhalte mit der steigenden Ziffer der Appendixerkrankungen ebenfalls in diesem Sinne.

Es wurden also früher eine ganze Anzahl von Appendixerkrankungen nicht als solche erkannt und die Ziffern in Kolonne II a sind daher als zu niedrig zu erklären. Für die letalen Fälle läßt sich dies leicht korrigieren, da wir in den Obduktionsberichten eine sichere Kontrolle haben. Wir brauchen nur die Differenz zwischen I b und IV f zur Ziffer von I a zuzuschlagen, um die Gesamtzahl der nachweisbaren, in Behandlung gestandenen Fälle zu erhalten. Für die günstig verlaufenen Fälle ist eine solche Korrektur allerdings unmöglich. Es ist also die Zahl der in unserer Statistik erscheinenden Fälle (wenigstens bis zum Jahre 1896) bedeutend kleiner als die Zahl der tatsächlich vorgekommenen Appendixerkrankungen. Nachdem der Ausfall hauptsächlich auf die leichteren, günstig verlaufenen Fälle zurückzuführen ist, nachdem bis zum Jahre 1891 ausschließlich die Fälle mit ausgesprochenem Exsudate angeführt sind, so folgt daraus, daß die Statistik der nichtoperativen Periode ein ungünstigeres Material umfaßt. Vom Jahre 1891 ab haben mit der Abnahme der Ziffern in Kolonne III a allmählich immer mehr die leichteren Fälle zur Zunahme der Ziffern in Rubrik II a beigetragen. Wer über nur einige ärztliche Erfahrung in den letzten 15 Jahren verfügt, muß

Digitized by Google

auch aus seinen eigenen Beobachtungen bestätigen, daß er eine ganze Anzahl leichterer Fälle ohne Exsudat nicht nur diagnostiziert, sondern auch der Operation überantwortet hat. Es liegt also den Zahlen der zweiten Periode ein größeres, annähernd exakteres und günstigeres Material zugrunde.

Nachdem nun die Möglichkeit der statistischen Parallele und die ihr anhaftenden Fehlerquellen beleuchtet sind, soll nun versucht werden, der eingangs gestellten Frage näher zu treten.

I. Die Perityphlitis tötet entweder durch Peritonitis oder Pyämie und Sepsis. Sind diese Komplikationen sehr häufig, so muß die Mortalität der ersten Periode größer sein als die der zweiten, nachdem ja die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes nicht nur auf die Heilung des gegenwärtigen Anfalles, sondern auch prophylaktisch gegen diese Komplikationen wirken muß. Die Fälle, welche an Pyämie verstarben, sind so wenig zahlreich, daß sich eine gesonderte Betrachtung nicht verlohnt; es soll daher nur die Gesamtmortalität untersucht werden, welche uns ein getreues Bild der Prognose der Appendizitis in den beiden Zeiträumen bietet.

	Es wurden behandelt	Davon starben	Mortalität in Prozenten
I. Periode . .	981	154	**15·6%**
II. Periode . .	1743	257	**14·7%**

Es bestätigt sich also die früher allgemein giltig gewesene Ansicht, daß die Prognose der Appendizitis eine ziemlich günstige sei und daß dieselbe durch die Einführung der chirurgischen Therapie kaum verbessert wurde. Der Unterschied von 0·9% zugunsten der zweiten Periode ist ja gewiß zu gering, um überhaupt in Anschlag zu kommen und wird durch die früher erwähnten Besonderheiten des Materials der ersten Periode, sowie durch die weitaus geringere Zahl der behandelten Fälle gewiß noch überkompensiert.

II. Ist die tödliche Peritonitis nach Appendizitis ein sehr häufiges Ereignis, so ist zu erwarten, daß zu einer Zeit, wo die prophylaktische Exstirpation des Wurmfortsatzes noch nicht ausgeübt wurde, der Anteil der Peritonitis ex appendicitide an der Gesamtziffer der tödlich verlaufenden Peritonitiden ein größerer sei als nachher. Die in Kolonne IV b) enthaltenen Zahlen der durch Obduktion festgestellten Peritonitiden kann hier nicht direkt als Substrat der Relationen herangezogen werden. Einerseits figurieren darin vom Jahre 1876 ab die puerperalen Peritonitiden, was bis dahin nicht der Fall war, die Zahlen wären also ungleichwertig. Anderseits sind in diesen Ziffern auch die Peritonitiden nach Verletzungen und nach Operationen (Ovariotomie, Uterusexstirpation, Punktion etc. etc.), sowie auch diejenigen nach inkarzerierten äußeren Hernien enthalten. Wegen der ganz besonderen Pathogenese dieser Prozesse können sie nicht mit zur Vergleichung mit der Peritonitis ex appendicitide herangezogen werden. Es sind daher in Kolonne IV c als reduzierte Ziffern die durch Obduktion festgestellten Peritonitiden nach Abzug dieser besonderen Formen eingestellt. Dadurch wird nicht nur das Ziffernmaterial homolog sondern auch homogener, indem durch dasselbe bloß die Häufigkeit der von Erkrankungen der Abdominalorgane in engerem Sinne ausgehenden Peritonitiden dargestellt wird.

Es wurden obduziert:

	Peritonitis	Davon gingen vom Proc. verm. aus	in Prozenten
I. Periode . . .	825	149	**18%**
II. Periode . . .	651	238	**36·5%**

In der nichtoperativen Periode erscheinen also die Wurmfortsatzerkrankungen nur mit der halben Ziffer an den Peritonitiden beteiligt, als in der zweiten Periode. Aber der Schluß auf eine so verderbliche Einwirkung der Chirurgie wäre nicht nur voreilig, sondern absolut unstatthaft. Denn bei einseitiger Zunahme der in Behandlung gekommenen Appendizitiden muß auch im Seziersaale notwendig das Verhältnis zugunsten der Peritonitis ex appendicitide verschoben werden. Ein Urteil, wenn auch

Digitized by Google

kein mathematisch genaues, können wir darüber nur gewinnen, wenn wir die Relation des Ursprungsmaterials, also der Zahl der behandelten Appendixkranken mit der Relation der Häufigkeitsprozente in den beiden Perioden vergleichen.

Die Zahl der Behandelten in den beiden Perioden verhalten sich:

$$981 : 1743 = 1 : 1{\cdot}8$$

Die Häufigkeitsprozente der Peritonitis ex processu vermiformi verhalten sich

$$18 : 36{\cdot}5 = 1 : 2$$

also fast absolute Uebereinstimmung. Daraus folgt also, daß durch die chirurgische Therapie in der Beteiligung der Appendizitis an der tödlichen Peritonitis nichts Wesentliches geändert wurde.

III. Ein genaueres Eingehen auf die Form der tödlich verlaufenen Appendixerkrankungen erklärt uns aber auch dieses Verhalten. Detaillierte Angaben über den Befund am Processus vermiformis finden sich in den Obduktionsberichten leider nur bis zum Jahre 1889, wo die Peritonitis ex perforatione processus vermiformis und die Peritonitis ex perfor. paratyphlitide gesondert angeführt sind. Von da an ist überall nur mehr letztere Sektionsdiagnose genannt. Der Grund hiezu mag teilweise in verändertem Brauche, teilweise aber auch darin zu suchen sein, daß die Leichen bereits ohne Processus vermiformis in die Hand des Anatomen gelangt sind. Dies spricht sich schon darin aus, daß in den letzten sechs Jahren 1897—1902 bereits in der klinischen Statistik die Fälle mit Perforation und Abszeßbildung gesondert von der einfachen Appendizitis angeführt sind. Es lassen sich also für diese Jahrgänge die mangelnden Daten der Nekropsie durch die der operativen Autopsie ersetzen. Nachdem ferner gerade diese Jahre die höchsten Ziffern für die Behandelten und Gestorbenen aufweisen, ist auch hier das Material genügend groß, um es mit den Zahlen der früheren Jahre zusammenstellen zu dürfen:

Es starben:

	1870—1889	1897—1902
an Perforation (Gangrän) des Appendix	107	120
an Peritonitis ex perityphlitide . . .	20	32*)
an Abscessus saccatus post perityphlitidem	0**)	18
an Pyämie, Hepatitis	5	10
Summe der Todesfälle	132	180
davon an Perforation in Prozenten . .	81%	66%

Es sind also die Todesfälle und damit die Peritonitiden zum größten Teile auf die allerschwerste akuteste Form der Erkrankung des Wurmfortsatzes zurückzuführen, bei welchen auch unter der operativen Behandlung die Mortalität eine erschreckende ist. In den Jahren 1897 bis 1902 wurden an Perforatio vel Gangraena processus vermiformis 153 Fälle behandelt, welche 120 Todesfälle, d. i. eine Mortalität von 78%, aufweisen! In der nichtoperativen Periode wird diese gewiß noch höher, wahrscheinlich eine absolute gewesen sein.

IV. Sieht man von diesen Fällen, die von den Chirurgen noch heute als beinahe verloren angesehen werden, wo aber dennoch durch rechtzeitiges Eingreifen ein kleiner Teil gerettet werden kann, ab, dann bleibt die ungeheure Mehrzahl der leichteren Fälle übrig, von welchen heute ebenfalls ein großer Teil im Anfalle oder nachher operiert wird. Nach Abzug der Appendizitis mit Perforation

	1870—1889	1897—1902
wurden behandelt . .	724	1130
davon starben	25	60
Mortalität in Perzenten	3·4%	5·3%

also wiederum kein Unterschied, da die Geringfügigkeit der Differenz auch hier nicht zu Ungunsten des Operationsverfahrens gedeutet werden soll. Auch hier wiederum der Beweis, daß die Prognose dieser Fälle auch bei expektativem Ver-

*) Diese Ziffer ist durch Subtraktion der spezialisierten Befunde von der Gesammtzahl der Todesfälle erhalten.

**) In den Berichten bis 1897 nicht gesondert angeführt.

Digitized by Google

halten nicht schlechter war, als sie es heute ist.

Obwohl ich glaube, daß ich das statistische Material genügend kritisch beleuchtet und in einer Weise zusammengestellt habe, die mir den Vorwurf mangelnder Objektivität ersparen wird, will ich doch keine weiteren Schlüsse daraus ziehen. Ich will auch keineswegs für so töricht gehalten werden, als ob ich die Rückkehr zur Untätigkeit der früheren Jahre predigen würde. Es war nur meine Absicht, der gesunden Reaktion, welche sich jetzt vorbereitet, dadurch unter die Arme zu greifen, daß ich die relativ günstige Prognose der Appendizitis erweise, daß dagegen eine Besserung durch die Verallgemeinerung der chirurgischen Therapie nicht erkennbar ist. Die notwendige Konsequenz dieses Ergebnisses ist die Aufforderung zur Einengung der Indikationen zum Eingriffe. Es kann natürlich nicht meine Sache sein, an diesem Orte auf diesen Gegenstand selbst einzugehen. Dazu gehören nicht Ziffern, sondern ein lebendiges Material, reichste Erfahrung, feinste klinische Beobachtungskraft und heute vielleicht auch noch der Mut eines Skoda, der zum Entsetzen seiner Zeitgenossen Pneumonien ohne Aderlaß und ohne Cremor tartari rein zuwartend zu behandeln wagte. Die Fortschritte der Diagnostik werden uns lehren, die einzelnen Formen der Erkrankung von einander zu sondern und so die Frage nach der jeweiligen Gefahrsquote, nach der Indikation zum Eingriffe mit wünschenswerter Bestimmtheit zu beantworten. Bis dahin, aber ich meine auch dann noch, wird es nicht nur von dem Wissen, sondern auch von dem Können, dem medizinischen Geiste des Einzelnen abhängen, wann er sich für die eine oder andere Methode, fern von jedem Generalisieren, entscheiden wird. Auch wir Aerzte betreiben ja eine Kunst und auch für diese Kunst gilt das tiefsinnige Wort: „In der Beschränkung zeiget sich der Meister."

REFERATE.

Innere Medizin.

Puls und Blutdruck.

1. **Das Veratrum viride als blutdruckherabsetzendes Mittel.** Von E. Pesci. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Die Wirkung kohlensäurehaltiger Thermalsolbäder auf den übernormalen Blutdruck.** Von Theo und Franz Grödel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Studien über den Einfluß des Nervensystems auf den Puls. Experimentelle Erklärung der Ursachen der Pulsfrequenzänderungen bei der Atmung.** Von A. Velich, Prag. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Zur Digitalistherapie. Ueber intravenöse Strophantintherapie.** Von A. Fränkel, Oedenweiler. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Pesci prüfte die blutdruckherabsetzende Wirkung des Veratrum viride in 19 Fällen, 2 subakuten Nephritiden mit Urämie, 4 chronisch parenchymatösen Nephritiden, 2 chronischen Bleivergiftungen und 11 Arteriosklerosen. In 8 Fällen erhielt er gute Resultate; unter diesen befand sich aber nur ein Fall von Arteriosklerose im ersten Beginn. Drei weitere Fälle zeigten auch ein Herabgehen des Blutdruckes, aber nur vorübergehend. In den günstigen Fällen war zu konstatieren ein Herabgehen des Blutdruckes um 7 bis 50 mm Hg (bei subkutaner Injektion schon nach 15—20 Minuten), ein Herabgehen der Pulsfrequenz, eine Veränderung des Sphygmogramms, eine Vermehrung der Diurese, eine Verminderung der urämischen Symptome; bei zu hohen Dosen kam es zu Nausea, Erbrechen, Arhythmie und Bradykardie. Die Wirkung des Veratrums ist nach Pesci sedativ auf das Herz, dilatierend auf die Gefäße, durch direkte Wirkung auf die Muskeln der kleinen Arterien. Als Indikationen für die Darreichung des Mittels stellt Pesci auf: 1. chronische Nephritiden; es dient dazu, die Urämie zu ver-

Digitized by Google

hüten, bezw. zu bekämpfen und die Herzerlahmung hinauszuschieben, 2. chronische Bleivergiftung mit Koliken, 3. die ersten Stadien der Arteriosklerose. Die Dosierung ist folgende: 1. bei urämischem Anfall gibt man subkutan $^1/_4$ cm³ des Fluidextrakts auf einmal, alle halbe Stunden, 2. man gibt 20—30, ja 50 (!!) Tropfen innerhalb 24 Stunden bei nephritischer Drucksteigerung mit Dyspnöe oder bei Bleikolik, dies 5—6 Tage lang fortsetzend, 3. 15—30 Tropfen täglich 5 bis 8 Tage lang bei Hypertension irgend welcher Provenienz. Man setzt nach 5—8 Tagen die Kur aus, um sie nach einer Pause wieder aufzunehmen. Von der Tinktur gibt man das Doppelte der Dosen des Extraktes. — (Gazz. degli osped., 20. Mai 1906.)

2. Auf Grund ihrer Untersuchungen schließen Theo und Franz Grödel, daß im kohlensauren Bade der übernormale Blutdruck eine rasch vorübergehende Steigerung erfährt, die nicht höher ist, als die mit verschiedenen physiologischen Akten regelmäßig verbundene. Durch gewisse Vorsichtsmaßregeln können wir diese Steigerung und ihre Dauer auf ein Minimum reduzieren. Es erfolgt dann ein Absinken des Blutdruckes unter den Ausgangswert; dieser Teil der Kurve zeigt ein etwas ungleiches Verhalten. Nach dem Bade steigt der Blutdruck wieder, so daß nach kürzerer oder längerer Zeit der Ausgangswert wieder erreicht ist. Die Pulsfrequenz sinkt nach einer nicht regelmäßigen Anfangssteigerung; die Verminderung hält nach dem Bade längere Zeit an. — (Deutsche med. Wochenschr., 23. Aug. 1906.)

3. Die inspiratorische Pulsbeschleunigung und exspiratorische Pulsverlangsamung, die bei tiefem Atmen beobachtet wird, aber auch schon unter gewöhnlichen Umständen bei Rekonvaleszenten, Herzschwachen und Neurasthenikern auftritt, wird von den verschiedenen Autoren verschieden erklärt. Einbrodt sieht nur in der Pulsverlangsamung eine Abweichung vom normalen Puls und führt sie auf eine Reizung der Vaguszentren infolge von Hyperämie des verlängerten Marks zurück. Hering sieht in der Pulsbeschleunigung eine Veränderung gegenüber der Norm; sie kommt nach ihm durch Reizung der sensitiven, in der Lunge sich verästelnden Vagusfäden zustande. Wertheimer und Meyer erklären die Pulsbeschleunigung im Inspirium dadurch, daß gleichzeitig mit der Reizung des bulbären Respirationszentrums eine Herabsetzung des Tonus der Hemmungszentren des Herzens eintritt. Alle diese Theorien hält Velich für unrichtig; er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, daß bei tiefem Inspirium infolge der Anstrengung der Inspirationsmuskeln — ähnlicherweise wie bei jeder anstrengenden Muskelarbeit überhaupt — eine Irradiation des Impulses auf die nervi accelerantes und dadurch eine Pulsbeschleunigung stattfindet, und zwar um so mächtiger, je mehr die Inspirationsmuskeln angestrengt werden. Die Pulsverlangsamung wird eingeleitet durch eine Reizung der sensitiven, zwischen den Fasern der Respirationsmuskeln liegenden Nerven, ferner durch Reizung sensibler Vagusfasern in der Bauchhöhle infolge der starken Einziehung der Bauchwand bei forcierter Inspiration. Von diesen sensiblen Nerven wird die Reizung reflektorisch zu den Vaguszentren des verlängerten Marks getragen, die Beschleunigung wird sodann unterbrochen und es tritt eine Verlangsamung ein, trotzdem daß der Zustand einer größeren Reizung der nervi accelerantes eventuell weiter besteht. Durch eine gehörige Verstärkung der Exspiration bei gleichzeitiger langsamer, mäßig vertiefter Inspiration kann auch eine Umkehrung der gewöhnlichen Pulsfrequenz erzielt werden. — (Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 19, 1906.)

4. Fränkel benützt das von C. F. Böhringer & Söhne dargestellte, in Glastuben von 1 cm³ Inhalt verkäufliche Strophantin in Lösung 1:1000 zur intravenösen Injektion. Die Dosis ist $^1/_2$ bis $^3/_4$ cm³ = $^1/_2$—$^3/_4$ mg Strophantin; größere Dosen machen Fiebererscheinungen. Die erste Wirkung ist eine schon nach wenigen Minuten eintretende Vergrößerung der Blutdruckamplitude, nach 5 bis 10 Minuten erfolgt Pulsverlangsamung,

Digitized by Google

die sich in mäßigen Grenzen hält. Bei Kranken ohne Stauungserscheinungen tritt dann sofort eine Verbesserung des Allgemeinbefindens ein, bei solchen mit Oedemen erfolgt sie erst mit der nach 2—3 Stunden einsetzenden gewaltigen Diurese. Da das Strophantin im Gegensatz zu immer wiederkehrenden Behauptungen kumulative Wirkung hat, so darf die Injektion vor Ablauf der Folgen (Puls, Diurese!) nicht wiederholt werden. Die Wirkung der Strophantininjektion ist dieselbe wie diejenige jeder Digitalistherapie, nur viel rascher und stärker, so daß sie für bedrohliche Fälle von Herzinsuffizienz in Betracht kommt. Außerdem eignet sie sich für Kranke mit Magenstörungen oder für solche, bei denen die interne Therapie versagt hat. Subkutane Applikation ist wegen Bildung schmerzhafter Infiltrate ausgeschlossen. Vor Digalen hat Strophantin den Vorteil der Reinheit, Billigkeit und vor allem der viel geringeren Dosierung. — (Verh. des 23. Kongr. f. inn. Med., 1906.)

Oesophagus. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Ein Fall von Oesophagusstriktur, geheilt durch Fibrolysin.** Von Weisselberg.
2. **Zur Therapie der Oesophagusstenosen.** Von D. Gerhardt.

1. Ein 20jähriger Mann hatte sich durch Natronlauge eine Oesophagusstriktur zugezogen, so daß feste Speisen nicht geschluckt werden konnten. 14monatliche Sondenbehandlung, dann solche kombiniert mit 20 Injektionen von Thiosinamin war ohne Erfolg. Es wurde jetzt mit Fibrolysin begonnen, alle 2—3 Tage der Inhalt eines Fläschchens (2·3 cm^3) in die Rückenhaut injiziert. Im Laufe der Behandlung erweiterten sich zuerst zwei obere Strikturen bis zur Weite der stärksten Sonden; die Kardia blieb jedoch unpassierbar. Nach der 39. Injektion war sie erstmals für die feinste Sonde durchgängig; jetzt kann Patient (nach 50 Injektionen) alles schlucken. — (Wien. med. Wochenschr., 14. Aug. 1906.)

2. Gerhardt beschreibt einen Fall von Oesophagusstenose durch Karzinom, bei dem sogar das Schlucken von Wasser hochgradig erschwert, und bei dem die Sondenbehandlung wegen einer vorhergegangenen schweren Blutung ausgeschlossen war. Die Darreichung von 0·01 Morphin in Tropfenform, dreimal täglich vor der Nahrungsaufnahme, bewirkte, daß sofort wieder Flüssigkeit in größerer Menge ohne Schwierigkeit zugeführt werden konnte, und als am dritten Tage der Versuch, Spinat zu schlucken, mit stärkeren Beschwerden beantwortet wurde, genügte eine Vermehrung der Morphindosis und flüssige Kost, um die Besserung wieder herbeizuführen. Die Morphindosis wurde bald reduziert, so daß schließlich alle 2—3 Tage einmal 1 cg genügte, um die Durchgängigkeit zu erhalten. Der Patient erlag vier Wochen später einer Perforation des Neoplasmas. — Die Morphiumtherapie kann natürlich in den Fällen nichts nützen, wo das Neoplasma den Weg völlig verlegt, was bei Kardiakarzinomen häufiger vorkommt, als beim eigentlichen Oesophaguskarzinom. Wo aber dies nicht der Fall ist, sondern lediglich eine Stenose besteht, die erst durch einen infolge des Reizes der Ulzerationsfläche entstehenden Muskelkrampf zur völligen Obstruktion wird, das weit häufigere Vorkommnis, da liegt es auf der Hand, daß Morphin eine günstige Wirkung entfalten wird, eine günstigere jedenfalls als die reizende und oft nicht ungefährliche Sondenbehandlung. Die scheinbar naheliegende Gefahr, durch regelmäßige Zufuhr relativ großer Morphindosen dem Organismus der in der Ernährung meist heruntergekommenen Kranken zu schaden und ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit durch das Narkotikum noch stärker zu beeinträchtigen, erweist sich fast immer als unbegründet. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1906.)

Magen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Die Dyspepsie der Herzkranken.** Von Ch. Fiessinger.
2. **Die Gärungsdyspepsie.** Von F. Robin.
3. **Behandlung des akuten und chronischen Magenkatarrhs.** Von L. R. Barstow.
4. **Zur Kenntnis der Achylie des Magens.** Von H. Leo.
5. **Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen.** Von Adolf Bickel.

Digitized by Google

6. **Die Wirkung des Kaffees und des Kakaos auf die Magensaftsekretion.** Von L. Pincussohn.
7. **Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Einwirkung der Salzsäuredarreichung auf die Magensekretion.** Von Fr. Heinsheimer.
8. **Ueber die Fettverdauung im Magendarmkanal mit besonderer Berücksichtigung der Fettspaltung.** Von F. Umber und Th. Brugsch.
9. **Zur theoretischen und praktischen Bedeutung Headscher Zonen bei Erkrankung der Verdauungsorgane.** Von L. Kast.

1. Im Stadium beginnender oder ausgeprägter Inkompensation leiden Herzkranke oft an Magenbeschwerden. Meist sind sie durch die Fortschritte des Herzleidens selbst bedingt, nicht selten werden sie auch durch Medikamente hervorgerufen, gelegentlich auch durch eine interkurrente Krankheit ausgelöst. Es handelt sich dabei um gastralgische Anfälle, um schmerzhafte Spannung im Epigastrium nach dem Essen, oder es kommt nach dem Essen zu Uebelkeit und Brechreiz; die Untersuchung ergibt meist beträchtliche Herabsetzung der Salzsäuresekretion wie der Motilität. Die Behandlung hat die Aufgabe, durch Beseitigung der Blutstauung die Dyspepsie zu beseitigen, ohne daß die dazu zur Verwendung kommenden Medikamente die Verdauung beeinträchtigen. Es empfiehlt sich hiefür das Digitalin in 1‰iger alkoholischer Lösung, 10 Tage lang täglich 5 Tropfen, dann 10 Tage Pause, dann Wiederholung. In dieser Dosis ist das Mittel ungiftig; und zwar macht es den Eindruck, als ob Digitalispräparate besser ertragen würden von Patienten, die umhergehen, als von solchen, die zu Bette liegen. Während der zehn Tage, in denen das Digitalin ausgesetzt wird, gibt man andere Herzmittel: Extr. Convallariae (1 g tgl.), Extr. Strophanti (0·001 — 0·002), Strophantin (0·0001), Sparteinsulfat (0·05—0·1). Diesen Mitteln vorzuziehen ist Theobromin dreimal 0·5, wegen seiner Wirkung auf die Diurese. Ein wichtiges Unterstützungsmittel ist Ruhe. Die Flüssigkeitszufuhr ist auf 1 l Milch und 200 g Wasser einzuschränken. Als Nahrung gibt man: früh Kakao mit Milch oder 250 cm³ Milchsuppe, um zehn und um vier Uhr Milch mit Kalkwasser, mittags und abends Milchsuppe mit 1 oder 2 Eiern, ferner Gemüsepüree, auch Nudeln oder Makkaroni oder Reisspeise. Frische Butter kommt erst nach der Fertigstellung hinzu; Brot wird meist schlecht ertragen, Kartoffeln besser. Alles soll wenig gesalzen sein (3—5 g Kochsalz in 24 Stunden); noch stärkere Kochsalzentziehung wirkt dagegen oft schlecht auf den Magen. Langsam essen, nach dem Essen ruhen. Der oft bestehenden Gemütsdepression wirke man durch Zuspruch entgegen, sowie durch Injektion von glyzerinphosphorsaurem Natron (0·25 Gramm), Strychninsulfat (0·001); gegen die Magenbeschwerden wirken alkalische Pulver gut, auch Belladonna und Opium; bestehende Obstipation ist zu bekämpfen. — (Journal des Prat., Nr. 21, Mai 1906.)

2. Robin schildert an zwei Fällen das Bild der Gärungsdyspepsie. Im ersten Falle betrifft die Gärung hauptsächlich die Eiweißkörper; es besteht Sodbrennen, Aufstoßen, Nahrungs- und Gallenerbrechen, belegte Zunge, verringerte Appetenz, Abmagerung, Verstopfung, Magenplätschern, aufgetriebener Leib, Verminderung der freien und gebundenen HCl, Vermehrung der organischen Säuren, Vermehrung der an NH_3 gebundenen HCl. Im zweiten Falle betrifft die Gärung alle Nahrungsstoffe; es bestehen ähnliche Beschwerden, dabei Kopfweh, Depression, völlige Appetitlosigkeit, Durchfall, Fehlen freier HCl, nur Spuren von an NH_3 gebundener HCl, Vermehrung der organischen Säuren.

Das Ziel der Behandlung besteht in solchen Fällen darin, die Gärung möglichst zu beschränken durch Darreichung wenig gärungsfähiger Nahrungsmittel und Vermeidung von Stagnation im Magen. Bei der ersteren Form vermeidet man gärungsfähige Eiweißkörper: Milch, Eier, Fleisch, Fisch, und deckt den Eiweißbedarf aus dem Pflanzenreich. Brot ist untersagt. Frische Butter wird den Speisen erst beim Servieren zugesetzt, nicht mitverkocht. Als Getränk dient reines Wasser, und nach dem Essen ein warmes aromatisches Infus. Bei vorwiegender Milchsäuregärung gibt man Fluorsalze (Ammonium-

Digitized by Google

fluorid 0·2—0·3, Aq. dest. 300·0, 1 Eßlöffel mittags und abends nach dem Essen), bei Buttersäuregärung Erythrol (Erythrol 0·02—0·05, Magnes. ust. 10·0, M. f. p., während der Mahlzeit zu nehmen). Bei Gasgärung leistet ein Jodschwefel ($S_{16}J$) mit viel Schwefel- bei wenig Jodgehalt, in der Dosis von 0·1 bis 0·15 gute Dienste. Bei Obstipation gibt man Aloepillen, keine salinischen Abführmittel. Bei hartnäckigem Erbrechen greift man zu 24- bis 48stündiger absoluter Magenruhe, meist genügt aber die Anwendung von Tropfen folgender Zusammensetzung: Pikrotoxin 0·05, Alkohol q. s. ad solut. Morphin muriat. 0·05, Atropin sulfur. 0·01, Ergotin 1·0, Aq. Laurocerasi 12·0, M. D. S., fünf Tropfen vor den Mahlzeiten in Wasser (nicht mehr als 25 Tropfen pro die). Magenspülung und Brechmittel (Pulv. Ipecac. à 0·5 D. A. d. Nr. III, viertelstündlich zu nehmen) treten bisweilen in ihr Recht.

Bei der zweiten Form gibt man nüchtern ein Weingläschen Quassiamazeration, und vor jeder Mahlzeit 5—8 Tropfen Tinctura nuc. vom. oder 1 Eßlöffel der Lösung: Strychnin. sulfur. 0·03, Aq. dest. 300·0. Die Nahrung soll vorwiegend dem Tierreich entnommen werden, daneben gibt man Gemüsepürees, keine Mehlspeisen oder Brot. Weiß man nicht sicher, welche Form der Gärung vorliegt, so muß man ausprobieren. Die medikamentöse Behandlung ist ähnlich wie oben beschrieben. Bei heftigem Kopfweh gibt man Pulver von: Pulv. Paullin. sorbil. 0·25, Coffein 0·05—0·1, Extr. Cannab. Ind. 0·01; bei hochgradiger allgemeiner Schwäche Injektion von Natr. glycerophosphor. (Natr. gl. 25·0, Aq. dest. 100·0, M. d. steril, S. acht Tage lang je 1 cm^3 zu injizieren.) — (Journ. des Prat. Nr. 15, April 1906.)

3. Bei der akuten Gastritis ist absolute Ruhe des Magens wie des ganzen Körpers indiziert, weiter Entleerung von Magen und Darm, Verhütung von hoher Temperatur und allzu starkem Erbrechen, strenge Diät. Als Emetikum gibt man am besten Apomorphin, da man zu einer Magenspülung oft keine Erlaubnis erhält; als Abführmittel Kalomel in kleinen, oft wiederholten Dosen, oder Kalolaktose. Bei heftigem Erbrechen Eisbeutel auf den Magen, Eisstückchen in den Mund, schließlich Zeriumoxalat und Narkotika, wie Opium oder Kokain, eventuell Opium rectal. Gegen Temperatursteigerungen wendet man Abwaschungen oder Packungen an. Die ersten 48 Stunden erhält der Kranke nichts als reichlich kaltes abgekochtes oder Mineralwasser, nachher fängt man mit Milch an. Bei Sodbrennen gibt man Alkali, nach Nachlassen der akuten Symptome Bittermittel.

Bei der chronischen Gastritis, die sich bei Vernachlässigung leicht aus einer akuten entwickeln kann, ist der wichtigste Teil der Behandlung die Diät. Der Patient soll langsam essen und gut kauen, nicht zu den Mahlzeiten trinken, stets zur gleichen Stunde essen, bei Ermüdung vor dem Essen ruhen, geschäftliche Sorgen nicht mit an den Tisch nehmen, Körperübungen im Freien vornehmen (Rudern, Reiten), früh sich kalt abwaschen und frottieren, sich durch geeignete Auswahl von Speise und Trank, und nicht durch Abführmittel den Stuhl offen halten, zu große Mannigfaltigkeit der Kost bei einer Mahlzeit vermeiden. Alle mechanisch oder chemisch reizenden Speisen sind vom Tische des Kranken zu verbannen, bei Neigung zu Tympanie gehören auch Kohlehydrate und eventuell auch Fette hieher; doch sei man bei heruntergekommenen Personen mit allzugroßen Beschränkungen vorsichtig, ebenso mit dem Verbot der Alkoholika, die oft den Appetit anregen; in schweren Fällen allerdings sind sie streng verboten. Leicht verdaulich sind Milch, weiche Eier, Toast, Hirn, Thymus, Zwieback, später andere Fleischarten, aber immer sehr weich zubereitet. Bei starker Schleimsekretion oder Erbrechen treten regelmäßige Spülungen in ihr Recht, mit Salzsäure 1:1000 oder 2000, Natr. bicarb. 1:100, oder Kalkwasser. Medikamentös ist je nachdem Salzsäure mit Pepsin oder Alkali zu geben. Sehr gern gibt Vf. Bittermittel (nux vomica, Gentiana, Quassia, Kolombo, weniger gern Kondurango). Silbernitrat vermeidet er wegen der Gefahr der Argyrose. Bei Anämie ist Eisen am Platze. — (Mercks Archives, März 1906.)

Digitized by Google

4. Die Achylie ist eine der häufigeren, chronischen Magenerkrankungen; die typische schwere Hyperchlorhydrie ist entschieden seltener. Da die Achylie nur durch methodische Funktionsprüfung diagnostiziert werden kann, so leuchtet ohneweiteres die Wichtigkeit einer solchen ein; die Sahlische Methode (Desmoidreaktion) kann dabei wohl die Mageninhaltuntersuchung in wirksamer Weise unterstützen, sie aber nicht ersetzen; ihrer allgemeinen Verwertbarkeit steht vorläufig noch der Umstand hindernd im Weg, daß die Beutelchen jedesmal frisch angefertigt werden müssen. Die Frage, ob es sich bei der Achylie um ein völliges Versiegen der Magensaftsekretion handelt, beantwortet Vf. dahin, daß eine Achylie im strengsten Sinne zwar möglich, von ihm bis jetzt aber noch nicht beobachtet ist; übrigens handelte es sich in seinen Fällen um so geringe Sekretion, daß man praktisch von einem Magensaftschwund reden kann. Auch im Urin fand Vf. meist Pepsin, während Lab meist fehlte. Bezüglich der Frage nach der Pathogenese der Achylie äußert sich Leo dahin, daß er die Möglichkeit des Vorkommens von Achylie ohne anatomische Veränderung des Magens zwar nicht leugnen will, daß aber bisher ein sicherer Beweis dafür fehlt, und daß wir im konkreten Falle nicht in der Lage sind, eine derartige Affektion intra vitam zu diagnostizieren, selbst dann nicht, wenn sie nur vorübergehend auftritt. Von den Symptomen der Achylie treten besonders hervor Magenschmerzen und Anomalien des Stuhlganges. Erstere sind meist geringfügig, letztere äußern sich sehr häufig in schweren Diarrhöen, in der Mehrzahl der Fälle jedoch ist der Stuhl regelmäßig, sehr oft auch hartnäckig obstipiert. In solchen Fällen sah Vf. gute Erfolge von der Darreichung des Regulin; naturgemäß muß das Mittel dauernd täglich fortgenommen werden. In einem Falle wirkte Pararegulin noch günstiger. Ein Mittel, die erloschene Sekretion der Magenschleimhaut wieder anzuregen, gibt es nicht. Therapeutisch verordnet man daher lediglich feine Zerkleinerung der Speisen und Salzsäure mit Pepsin (Acid. mur. dilut., Pepsin. sicc. āā 10·0, Aq. dest. ad 50·0, M. D. S. zu jeder Mahlzeit ein Teelöffel auf ein Weinglas Wasser.) — (Münch. med. Wochenschr., 3. Juli 1906.)

5. Bickel hatte die seltene Gelegenheit, Scheinfütterungsversuche bei einer Patientin mit Oesophagusfistel anzustellen und so die an Hunden erhaltenen Befunde kontrollieren zu können. Welcher Anteil bei der Sekretion im Scheinfütterungsversuch nur dem reinen, nicht kortikalen Reflex und welcher seiner Kombination mit psychischen Vorgängen zufällt, kann allerdings nur durch das Tierexperiment — durch Großhirnabtragungen — entschieden werden. Dagegen ließen sich sehr gut die Wirkung der verschiedenen Reize auf die Sekretion feststellen, und es ergab sich, daß die verschiedensten Reize, die das Geschmacks- oder Riechorgan treffen, befähigt sind, entweder bei ruhender Magenschleimhaut eine Sekretion zu bewirken oder eine schwache Sekretion vorübergehend zu steigern. Bei der Scheinfütterung zeigte sich zuerst eine Latenzperiode von 4—5 Minuten; erst dann erschien das Sekret. Es ist kristallhell, zeigt starke Fermentwirkung (auch auf Fett), enthält 0·42% HCl. Je reichlicher die Magenschleimhaut Saft bildet und je reiner die einzelnen Saftportionen sind, umso gleichmäßiger ist die Azidität; der Wert für Gesamtazidität liegt gewöhnlich zwischen 110 und 140. Vf. glaubt, daß die Azidität des nativen menschlichen Magensaftes relativ konstant ist; was schwankt, das sind die Saftquantitäten. Letztere sind abhängig von hemmenden und fördernden Einflüssen des Nervensystems, vom Chlorgehalt und Wassergehalt des Körpers, von der Art der die Sekretion auslösenden Nahrungsreize. Eine Hyperazidität in dem Sinne, daß primär ein stärker saurer Saft abgeschieden wird, gibt es also wohl nicht; die Erscheinung, die man als solche deutete, sind auf Veränderungen in der Quantität des abgeschiedenen Saftes und auf Motilitätsstörungen des Magens zurückzuführen. — (Deutsche med. Wochenschr., 16. Aug. 1906.)

6. Ueber die Wirkung des Kaffees und des Kakaos auf die Magensekretion lagen exakte Versuche bisher nicht vor. Pin-

Digitized by Google

cussohn füllte diese Lücke durch Untersuchungen am Pawlowschen kleinen Magen aus. Das Ergebnis war, daß die stärkste Einwirkung auf die Sekretion Kaffee und fettarmer Kakao, also die Stoffe haben, die zugleich das Alkaloid in konzentriertester Form enthalten. Bedeutend ist diese Wirkung durch das Fett des fettreichen Kakaos abgeschwächt. Malzkaffee steht dem echten Kaffee nur wenig nach und dürfte darum wohl als Ersatz gelten können, umsomehr als ihm auch nährende Eigenschaften innewohnen. — (Münch. med. Wochenschr., 26. Juni 1906.)

7. Soviel die Salzsäure therapeutisch gebraucht wird, und so zweifellos ihre günstige Wirkung bei einer Reihe von Magen- und auch Darmstörungen ist, so ist doch über den Mechanismus ihrer Wirksamkeit nur wenig bekannt. Die Untersuchungen Heinsheimers sollten einen Beitrag zur Erklärung derselben liefern. Sie wurden an Hunden mit normalen Magensaftverhältnissen angestellt, und zwar wurden Hunde mit Magenblindsack und Scheinfütterungshunde verwendet. Außer $^1/_{10}$ Normal HCl wurde Azidol geprüft, das als Ersatz für HCl empfohlene Betain-Chlorhydrat, das 23·78% HCl enthält, und von dem, da es unvollkommen gespalten wird, 0·5 g, etwa fünf Tropfen der offz. HCl entsprechen. Beim Hund mit Pawlowschem kleinen Magen wurden dem nüchternen Tier 200 cm³ einer $^1/_{10}$ Normal HCl oder einer 1%igen Azidollösung mit der Schlundsonde eingegossen; eine halbe Stunde darauf erhielt es 250 cm³ Milch. Halbstündlich wurde das Sekret des kleinen Magens gemessen, seine Azidität und proteolytische Fermentkraft bestimmt. In Kontrollversuchen wurde statt HCl Wasser eingegossen. Bei den Scheinfütterungsversuchen wurde dem nüchternen Tier die Säurelösung durch die Fistel eingegeben, nach zehn Minuten der nicht resorbierte Rest abgelassen, und seine Azidität und Menge bestimmt. Jetzt wurde der Hund mit Fleisch „scheingefüttert", und die Saftmengen von fünf zu fünf Minuten abgenommen. Die Versuche ergaben folgendes: HCl und Azidol regen, vor der Nahrung gegeben, in kleinen Mengen die Saft- und Säureproduktion nicht mehr an, als einfaches Wasser. Beim Azidol ist zum Beginn der Sekretion eine momentane Reizwirkung festzustellen, die aber sehr rasch wieder abklingt. Sie tritt auch dann ein, wenn Azidol erst nach einem mehrstündigen Versuch mit Salzsäure gereicht wird; sie ist nicht etwa auf die frei werdende Betainkomponente zu beziehen, da Betain für die Magensekretion fast indifferent ist. Bei der Scheinfütterung scheint die Saftausscheidung aus dem Magen des Hundes nach Azidol- oder HCl-Darreichung länger anzudauern, als nach Wasser; auch hiebei zeigt sich die momentane Reizwirkung des Azidols zu Beginn der Kurve. Dem Azidol kommt somit eine gewisse Reizwirkung auf die Magenschleimhaut zu, vielleicht im Sinne eines Stomachikums. — Einige Versuche, bei denen HCl und Azidol nach der Nahrung (eine halbe Stunde nach der Milch) gegeben wurden, ergaben zunächst, daß, ohne wesentliche Veränderung von Menge und Azidität der Einzelportionen des vom kleinen Magen sezernierten Saftes, die Sekretionsperiode länger dauerte als beim Kontrollversuch; eine Wiederholung der Versuche bei einem anderen Tiere ergab jedoch diese Verlängerung nicht. — (Arch. f. Verd.-Krankh., Bd. 12, H. 2.)

8. Die Untersuchung der Fettresorption und Fettspaltung spielt in der Diagnostik der Leber- und Pankreaskrankheiten eine große Rolle. Entgegen den bisherigen Anschauungen der klinischen Pathologie hatten nun Umber und Brugsch gefunden, daß trotz schwer daniederliegender Fettresorption infolge von Pankreaserkrankung die Fettspaltung normal oder annähernd normal erhalten sein kann. Es wird also die fermentative Fettspaltung im Darmkanal keineswegs allein vom Pankreas besorgt. Die Versuche der beiden Autoren ergeben, daß außer dem fettspaltenden Ferment des Magens und der geringfügigen Bakterienspaltung, die bei Abwesenheit des Bauchspeichels die Fettspaltung nicht allein auf normaler Höhe halten könnten, noch eine ganze Reihe von Organsäften (Leber, Milz, Darm, Galle und Blut) enzymatische Fettspaltung entfal-

Digitized by Google

ten, die so beträchtlich werden kann, daß sie der pankreatischen Fettspaltung nahe kommt. Alle diese Säfte stehen in sehr mannigfachen und zweckmäßigen gegenseitigen Wechselbeziehungen, die sich zum Teil als Aktivierungen, zum Teil als Hemmungen erklären und wiederum variieren je nach Art und Verlaufsstadium der Verdauung. Wo aber infolge der Pankreaserkrankung der Darmtraktus in erheblichere Mitleidenschaft gezogen ist, da werden auch die übrigen fettspaltenden Kräfte des Darmkanals daniederliegen müssen. Was die Resorption des Fettes anlangt, so ist zunächst noch nicht zu erklären, warum isolierte Pankreaserkrankung dieselbe stört; vielleicht löst normalerweise das Pankreassekret eine direkte Reizung der Darmepithelien zur Resorption aus, die bei Pankreaserkrankung schon frühe notleidet. — (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., Bd. 55, H. 2 u. 3.)

9. Kast hatte in der Ewaldschen Poliklinik Gelegenheit, 300 Patienten in Bezug auf etwa vorhandene Headsche Zonen zu untersuchen, zum Teil wochen- und monatelang. Ein Teil (zirka 100 Fälle) scheidet bei der Beurteilung aus, da gleichzeitig Erkrankungen des Nervensystems vorhanden waren. Der Untersuchung haftet stets der Mangel einer subjektiven Untersuchungsmethode an, da wir, auch abgesehen von der Beurteilung der Intensität unserer Prüfungsmethode, stets auf die Angaben der Patienten angewiesen sind. Im Gegensatz zu Head kam Vf. zur Meinung, daß sich keineswegs in allen, aber in sehr vielen Fällen ausgesprochener Zonen die Hypersensibilität nicht nur auf die Schmerz- und Wärmequalitäten, sondern auch auf die Berührungsempfindung erstreckt. Die gestörte Sensibilität hat ihre Ursache offenbar dort, wo die sensiblen kutanen Nervenfasern mit den afferenten sympathischen Fasern aus dem schmerzenden inneren Organe in engere Beziehung treten, wahrscheinlich im gemeinsamen Spinalsegment oder im Spinalganglion. Hier besteht eine lokale reizbare Schwäche, eine lokale Neurasthenie, hervorgerufen durch abnorme Reize. Es kommen z. B. die Reize, die von der Peristaltik eines erkrankten Organs ausgelöst werden, nunmehr als unangenehm oder schmerzhaft zur Empfindung, während sie bei gesundem Organ nicht empfunden werden. Dies geschieht natürlich ganz allmählich, wahrscheinlich als ein Summationsphänomen. Es ist sicher, daß auch solche Reize, die von inneren Organen ausgehen, aber nicht als schmerzhaft, sondern nur als unangenehm empfunden werden, schon imstande sind, diese „Umstimmung" des Spinalganglions zustandezubringen. Leichter wird dies vonstatten gehen bei Neurasthenikern als bei normalen Individuen. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Stillersche Asthenia universalis und die Splanchnoptose, ferner anämische Zustände und Arteriosklerose. Die verschiedensten Reize können also zu Zonen führen; aber die Hauptrolle spielen doch die mit schmerzhaften Empfindungen einhergehenden Veränderungen innerer Organe. Nun sind aber die Ansichten über die Sensibilität innerer Organe bekanntlich sehr geteilt. Im Gegensatz zu Nothnagel und Kelling halten Lenander und Wilms daran fest, daß nur solche Vorgänge an den Eingeweiden zu Schmerzempfindungen führen, die auf das Parietalperitoneum übergreifen; die Headschen Zonen würden sich dann einfach durch einen Entzündungszustand des Bindegewebes um und in den Nervenscheiden der spinalen Nerven erklären. Diese Erklärung ist aber aus mehrfachen Gründen nicht stichhältig, und schon die Tatsache des Vorhandenseins Headscher Zonen scheint geeignet, Zweifel an der Lehre Lenanders zu wecken. Zugegeben sei, daß die Eingeweide gegen die gewöhnlichen Reize unempfindlich sind, da sie solche (Stechen, Drücken, Brennen) normal gar nicht empfangen; die viszeralen Organe werden wohl ihre spezifischen Schmerzempfindungen besitzen. Bei allen Erklärungen, welche eine Entstehung der Schmerzempfindung im erkrankten Organ selbst annehmen, werden die korrespondierenden hypersensiblen Zonen der Haut eine Rolle spielen müssen.

Gesichtspunkte für die praktische Verwendung der Headschen Zonen zu Zwecken der Diagnostik lassen sich nur empirisch gewinnen. Leider ist ihr Vor-

Digitized by Google

handensein bei den in Betracht kommenden Krankheiten inkonstant, so bei Ulkus, Cholelithiasis, Appendizitis. Nur eine Ausnahme möchte Vf. vorläufig mit dem negativen Befund bei Magenkrebs machen. Unter zwölf sicheren Fällen, wo oft Schmerzen geklagt wurden, war nur einer mit Headschen Zonen, und da handelte es sich um ein auf den Magen übergewuchertes Oesophaguskarzinom. Irgend einen Rückschluß auf eine bestimmte Erkrankung lassen die Zonen nicht zu, auch nicht eine Lokalisation, z. B. eines Ulkus, auf eine bestimmte Stelle des Magens. Als pathognostisches Zeichen bezüglich eines bestimmten Organs sind die Zonen wertlos. Eine andere Rolle allerdings spielen sie dort, wo es sich darum handelt, bei unklaren Fällen die Symptome so gegeneinander abzuwägen, daß man sich vorerst eine Meinung darüber bilde, wohin die Erkrankung zu lokalisieren ist, z. B. ob Erbrechen zerebral, oder stomachal ist, oder vom Herzen oder vom Appendix ausgeht. Das Niveau der Zonen ist in solchen Fällen ein wertvoller Indikator für das Niveau des schmerzerregenden Organs. Je deutlicher die Zonen ausgeprägt sind, desto mehr gelten sie, besonders bei Nervengesunden. Auf gewisse Fehlerquellen, so bei Hysterie, Neuritis, Spinaltumoren etc. ist zu achten. Bei Abkühlung einer Hautstelle tritt oft Ueberempfindlichkeit in der ganzen Zone des betreffenden Rückenmarksegments auf. Alles in allem: großen praktischen Wert haben bislang die Headschen Zonen nicht gewinnen können, viel größer ist ihr theoretischer Wert. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 31 u. 32, 1906.)

Darm. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Die Bestimmung der Darmfunktionen durch eine Probekost.** Von H. Stern.
2. **Die Dechloruration durch den Darm.** Von Javal und Adler.
3. **Die Behandlung der chronischen Darmkatarrhe.** Von Th. Rosenheim.
4. **Die Typhlokolitis.** Von Dieulafoy.
5. **Ueber chronische Dysenterie und ihre Behandlung.** Von H. Meyer.

1. Stern bespricht für amerikanische Aerzte die Schmidt-Straßburgersche Methode der Darmprüfung, schlägt jedoch einige Abänderungen vor, die von allgemeinerem Interesse sind: 1. beanständet er das große Milchquantum (1500 cm³), das Schmidt eingestellt hat; es wird oft nicht ertragen und erzeugt leicht Durchfall oder Verstopfung; 2. ebenso wird Hafermehl, speziell bei gewissen Magenleidenden, öfter schlecht ertragen und ist für viele Personen ein ungewohntes und daher ungeeignetes Essen; 3. sollte man die Menge der Nahrung nach dem Kalorienbedarf des Einzelindividuums variieren; 4. die Wasserzufuhr muß genauer fixiert werden; (5. für amerikanische Verhältnisse sind fünf Mahlzeiten zu viel). Nach Stern soll die Kalorienzufuhr in der Ruhe 30 Kal. pro Kilogramm betragen, davon sollen 35% durch Kohlehydrate, 45% durch Fett und 20% durch Eiweiß gedeckt werden; die Flüssigkeitszufuhr soll pro 1 kg 35 cm³ betragen. Für ein Individuum von 70 kg würde sich also eine Probekost wie folgt gestalten: Frühstück: 1 Tasse Kaffee, 20 cm³ Milch, 10 g Zucker, 3 Eier, 75 g Weißbrötchen, 15 g Butter; Mittagessen: 200 g Beafsteak, mittelfett, englisch, dazu 20 g Butter, Kartoffelbrei aus 100 g Kartoffeln, 50 g Milch, 1 Eidotter, 30 g Reis, 1 Tasse Tee, 20 g Milch, 10 g Zucker; Abendessen: 1 Tasse Tee, 20 cm³ Milch, 10 g Zucker, 3 Eier, 100 g Weizenbrot, 15 g Butter, 30 g Reis. Dazu wird 1½ l Wasser getrunken. Die Probediät wird nicht drei, sondern nur zwei Tage genommen; auf Abgrenzung des Kotes wird verzichtet; untersucht wird der Kot, der von der 30. bis zur 48. Stunde nach Beginn der Diät entleert wird.

In der Ausführung der Untersuchung verzichtet Stern auf die Gärungsprobe, als zu umständlich und nicht unbedingt notwendig. — (Med. Record, Bd. 68, Nr. 2.)

2. Nachdem die Forschungen der letzten Jahre die Wichtigkeit der Chlorbilanz bei der Nephritis haben erkennen lassen, war es von großer Bedeutung, auch die Chlormengen kennen zu lernen, die mit dem Kot den Körper verlassen. Schon vor mehreren Jahren hat Javal in einem Falle eine 24stündige Chlorausscheidung

Digitized by Google

durch den Kot von 4·64 Kochsalz feststellen können. Javal und Adler nun fanden in einem Falle von schwerer tuberkulöser Nephritis mit unstillbaren Durchfällen infolge von Darmtuberkulose in elf Einzelbeobachtungen neunmal mehr Kochsalz im Kot als im Urin, einmal 9·51 g. Weiter fanden sie in zahlreichen Fällen von spontaner und von künstlich erzeugter Diarrhöe umsomehr Kochsalz in den Fäzes, je dünner diese waren. So enthielten z. B. bei 80—90% Wasser 1—2‰ Kochsalz, bei 90—96% Wasser 2—3 ja bis 3·75‰ Kochsalz. Aber während man mit Abführmitteln im allgemeinen nur wenig Kot (200—400 g) erhält, werden bei den pathologischen Durchfällen oft große Mengen (bis über 1 kg) entleert, so daß dadurch doch recht beträchtliche Kochsalzmengen den Körper verlassen können. — (Soc. de Biol., 11. Mai 1906.)

3. Eine rationelle Therapie setzt eine exakte Diagnose voraus. Eine solche hat in erster Linie Ausdehnung und Lokalisation des Krankheitsprozesses festzustellen. Katarrhe des obersten Dünndarmes brauchen auf den Stuhl keinen Einfluß zu haben, sie äußern sich durch Magendyspepsie, Blähungen, Krämpfe im Oberleib etc. Ist der Dünndarmkatarrh jedoch diffuser, so tritt die Diarrhöe in den Vordergrund, eventuell mit saurer Reaktion der Fäzes, unverändertem Gallenfarbstoff in denselben, stark verschlechterter Resorption (bei einer milden Probediät Auftreten von größeren Mengen scharfeckig konturierter Muskelfasern, wohlerhaltener Amylumkörner mit Jodreaktion, erheblicheren Fettresten); Schleim fehlt meist. Die häufigste und wichtigste Lokalisation des Katarrhs ist wohl die im Ileum, Cökum und Colon ascendens; hier kommt meist einmal ungeformter oder fester Stuhl, dann flüssige Dejektionen; öfter kommt auch Wechsel von Verstopfung und Durchfall vor; dabei reichlich gut vermischter Schleim und Verschlechterung der Resorption. Oft bildet eine dauernde Affektion von Cökum und Colon ascendens das Residuum einer diffuseren Entzündung: meist besteht Obstipation, innig vermengter Schleim, keine Resorptionsstörung, aber Druckempfindlichkeit des mit festen Massen angefüllten Cökums, eventuell auch des Mac Burneyschen Punktes, starke Kontraktion der Flexura sigmoidea. Die Entzündung der untersten Darmabschnitte ist charakterisiert durch Obstipation und reichlichen Schleimabgang; gelegentlich zeichnen sich Entzündungen der Flexur durch besondere Intensität, eventuell sogar durch Wandinfiltrationen, klinisch dann durch Diarrhöe aus. Eine Sonderstellung nimmt die Enteritis membranacea mit ihren bekannten Symptomen ein. Die diffusen Kolitiden zeigen meist häufige breiige Entleerungen oder Wechsel von Verstopfung und Diarrhöe; gelegentlich gibt es aber auch irritative Formen, die mit dysenterieartigen Symptomen einhergehen. In jedem Falle von chronischem Darmkatarrh ist eine Untersuchung der Magenfunktion nötig, da der Magen erkrankt, und die Magenerkrankung die Ursache der Darmerkrankung sein kann, so besonders bei Achylie. Umgekehrt kann es zu Hyperazidität und Atonie des Magens im Gefolge der Darmerkrankung kommen. Als Komplikationen des Darmkatarrhs kommen in Betracht die Appendizitis, Neurosen des Darms, Leberaffektionen, Cholezystitis, gichtige Diathese. Sehr schwer ist die Unterscheidung reiner Neurosen von Darmkatarrhen. Je größer die Beteiligung des Dünndarms an der katarrhalischen Affektion ist, desto größer ist die Gefahr für das Allgemeinbefinden; es kommt dann zu Folgezuständen, wie Abmagerung, Anämie, Nervosität, eventuell sogar zu perniziöser Anämie. Auf die Behandlung und Heilung des Dünndarms ist daher stets das Hauptaugenmerk zu richten.

Der wichtigste Heilfaktor ist die Diät; eine Normaldiät gibt es nicht; stets aber muß die Diät reizlos und leicht assimilierbar sein. Bei Dünndarmkatarrhen gibt man zunächst eine eiweißreiche Kost (120 g Eiweiß und mehr), bestehend aus Fleisch, Fisch, Ei, etwas Zucker, Weißbrot oder Zwieback, Reis, Gries, Sago, Makkaroni, Bouillon, Schleimsuppen, Butter, Tee, Rotwein, Fleisch wird meist in großer Menge von diesen Kranken ertragen, außer wenn eine Achylie vorhan-

Digitized by Google

den ist; wird es ausnahmsweise nicht ertragen, so decke man den Eiweißbedarf durch Zerealien. Daß Fleisch-, Fisch- und Eierspeisen nur in der einfachsten Zubereitung geboten werden dürfen, ist selbstverständlich; das Fleisch sei mager, mürbe und bindegewebsfrei. Häufiger ist die Kohlehydratverdauung gestört; besonders wird Zucker schlecht vertragen, gut gewöhnlich Amylum und Dextrin; Zellulose ist zu vermeiden. Man gibt Kohlehydrate am besten in Form von Gebäck, Mehlspeisen und Suppen. Man bevorzuge möglichst keimfrei gemachtes, nicht gesüßtes Gebäck aus Weizenmehl (Toast, Zwieback); je mehr geröstet, desto leichter assimilierbar. Etwas Zucker im Tee ist erlaubt. In der ersten Zeit gibt man Bouillonreis, Rotweinsago, Wassergries, Nudeln, Makkaroni, erst später Flammries, Aufläufe, Puddings (eventuell mit Sakcharin). Mondamin, Mais, Hafer, Gerste, Graupen werden als Suppen oder Brei auch bei den schwersten Formen meist gut ertragen. Mit Fettzufuhr sei man sehr vorsichtig; am besten gibt man nur frische, ungesalzene Butter, mit 40 g beginnend, eventuell bis 150 g steigend; in der Rekonvaleszenz erlaube man Schinkenfett, später fettere Braten. Milch ist wegen ihrer abnormen Gärfähigkeit meist ganz zu verbieten (während sie bei Dickdarmkatarrhen sogar indiziert ist!); erst nach Monaten kann man sie mit Tee, Kakao etc. versuchen. Auch durch Zusätze (Pepsin, Kalk, Salizyl) wird sie meist nicht verdaulicher. Sämtliche Gemüse, auch Kartoffeln, sind wegen ihres Zellulosegehalts, in Püreeform wegen ihrer Gärfähigkeit, in den ersten 2—3 Wochen verboten; später gestattet man mittags zwei Eßlöffel als Püree, aber nur alle 2—3 Tage, da erst binnen 48 Stunden sich ihre eventuellen schlechten Folgen erkennen lassen; am besten gibt man dann Kartoffel, Karotten, Artischockenböden, grüne Erbsen, Spinat in Breiform. Früchte, Obst, Kompots sind oft jahrelang zu meiden, außer Heidelbeeren. Scharfe Würzen sind verboten. Als Getränke (1—1·3 l) dienen schwach kohlensäurehältige Tafelwässer (Fachinger, Gießhübler, Biliner), eventuell auch Kalkwässer (Wildungen, Koburger Mariannenquelle), weiter Bordeauxweine, eventuell als Glühwein vor dem Schlafengehen. Bier ist strenge verboten. Schwache Teeaufgüsse sind bekömmlich, Kakao mit Wasser eventuell noch besser, Eichelkakao oder Heidelbeerwein wegen ihrer obstipierenden Wirkung indiziert. Da die Nahrungsmengen nicht zu groß sein sollen, ist die ersten Wochen Bettruhe anzuraten, die auch am besten für die nötige gleichmäßige Wärme sorgt. Hat der Patient die strenge Diät 2—3 Wochen gut ertragen, so versucht man sie durch Zusatz von Gemüsepüree und etwas Milch, nach 2—3 Monaten durch geschmortes, fetteres Fleisch, gewürz- und zuckerreiche Mehlspeisen, Fruchtsäfte Gelees, Zitrone, süßen Rahm etc. zu erweitern, stets aber schrittweise und unter Kontrolle. Bei Kombination von Darmkatarrh und Darmneurose wollen oft trotz strengster Diät die Klagen nicht verstummen; man lasse sich dann aber nicht verleiten, das Kostmaß zu sehr zu beschränken, eventuell helfen Brom, Opiate, Veronal. Weiter kommen in Betracht hydriatische Prozeduren: heiße Breiumschläge, warme Alkoholkompressen, Prießnitz, später warme aromatische Bäder mit kühleren (26 bis 22° C.) Uebergießungen. Von Medikamenten stehen in erster Linie die Tanninpräparate, so besonders Tannokol zwei- bis dreimal täglich $^1/_2$ Teelöffel in kühlem Wasser, weiter Wismut (Dermatol), eventuell mit Kalk (Bism. subnitr., Calc. phosphor āā 7·5, Extr. Belladonn. 0·25, mehrmals täglich 1 Messerspitze, 1 Stunde nach dem Essen). In Betracht kommen noch: Arg. nitr. (0·2—0·3:100·0, dreimal täglich $^1/_2$ Eßlöffel), Salol, Salazetol à 0·5, Fortoin à 0·25, Benzonaphthol, Resorzin, Orphol. Sollte durch die angeordnete Kost Obstipation entstehen, so ersetze man sie nicht durch eine weniger indifferente, sondern sorge für Stuhl durch Gymnastik, Massage, Wasser- oder Kamilleneinläufe, eventuell Mineralwässer. Letztere bilden auch für die Behandlung des Katarrhs selbst ein wertvolles Adjuvans, besonders an Ort und Stelle; doch ist stets daran festzuhalten, daß schwere Darmkatarrhe ins Bett und nicht ins Bad gehören. Kleine

Digitized by Google

Mengen warmen Wassers von Vichy, Karlsbad, Neuenahr, lindern den Reizzustand des Darms, während die Kissinger und Homburger Kochsalz-, die Marienbader und Tarasper Glaubersalzquellen mehr anregend wirken und daher weniger in Betracht kommen; eher schon die warmen Kochsalzquellen Wiesbadens und die alkalisch-muriatischen von Ems (bei subazider Gastritis mit Dünndarmbeteiligung).

Diffuse Darmkatarrhe mit Durchfällen werden zunächst ähnlich behandelt wie reine Dünndarmkatarrhe: Dünndarmdiät, Ruhe und Wärme. Gelegentlich ist eine wesentliche Beschränkung der Flüssigkeit (400—500 cm³) nützlich. Tritt stärkere Obstipation ein, so greift man zu richtigen Auswaschungen des Darms mit warmem Wasser (1—1½ l) in Kniebrustlage. Weichen die Durchfälle nicht, so spült man mit Tannin (½—1%) oder Argentumlösung (0·1%), eventuell nach vorangegangenem Reinigungsklysma. Man spült ein- oder mehrmals mit 500—600 cm³ Flüssigkeit. Gelegentlich macht man auch große Spülungen (5—10 l) von sehr warmen (42—48° C.) Salzlösungen: Kochsalz 0·6—0·8%, Natr. bicarb. 0·8—1%, Karlsbadersalz 0·8—1%. Bei schweren Fällen wird man manchmal die Eiweißzufuhr auf 50—60 g erniedrigen müssen (püriertes weißes Fleisch, Eiereiweiß, eventuell mit ½—1 l Milch), in allerschwersten Fällen ist ein Versuch mit einseitiger Kohlehydratzufuhr (Reis, Gries, Sago, Schleimsuppen) oder eine reine Milchkur am Platz, eventuell wo letztere nicht gut ertragen wird, zusammen mit Kodein oder Opium. Später fügt man dieser Diät dann Weißbrot, Zwieback, dann Butter- und Mehlspeisen mit Ei hinzu. Brunnenkuren, besonders Karlsbad, unterstützen gelegentlich die Kur. Gegen die Folgezustände sind Eisen- (Athenstaedt, Triferrin) und Arsenkuren am Platze.

Die Behandlung der Kolitiden weicht von der der Dünndarmkatarrhe wesentlich ab. Die Diät soll einen schlüpfrigen, von harten Bestandteilen freien, weichen, nicht zu viel zersetzbares Material enthaltenden Stuhl liefern; er soll schlackenarm, wasser- und fettreich sein. Wichtig sind vor allem Gemüse und Früchte, reichlich, aber gut zerkocht, verrührt, im allerweichsten Zustand. Dazu viel Butter (¼ ℔ pro die), Sahne, Schmalz, Olivenöl. Das Eiweiß tritt in der Kost zurück: man gibt geringe Mengen Fisch und Fleisch, sehr weich und leicht assimilierbar, reizlos zubereitet, zirka ¼ ℔ pro die, dazu Eier, etwas Milch, Gebäck. Für eine Zeitlang streicht man oft zweckmäßig Fleisch und Fisch ganz, Milch gibt man 250—600 cm³; richtige Milchkuren sind nur selten am Platz. Gebäck und Mehlspeisen nur in leichter Form, etwas Graubrot ist gestattet. Von rohem Obst sind höchstens Pfirsiche, Aprikosen, Reineclauden erlaubt, Kompots sind meist bekömmlich. Als Getränke dienen Milchkaffee, Weißwein, Limonaden, Mineralwässer, eventuell sogar etwas Bier. Ruhe und Wärme sind auch hier von Nutzen, wenn auch selten strenge Ruhekuren indiziert sind. Zur Regulierung der Darmtätigkeit dienen Oeleinläufe (abendlich 3—5 Eßlöffel erwärmt), eventuell dazu alle 2—3 Tage vormittags noch einen Einlauf von ½ l warmen Wassers. In hartnäckigen Fällen große Spülungen (cf. oben) oder größere Oelmengen (200—300 cm³). In einzelnen Fällen sind Rheum oder Kaskara nicht zu umgehen, eventuell auch geringe Mengen Bitterwasser (Friedrichshaller) in kleinen Portionen auf den Tag verteilt. Die Kur wird durch warme Voll- oder Sitzbäder, Brom, Belladonna, eventuell Opium, unterstützt, auch durch Mastdarmgalvanisation oder leichte Massage. Gelegentlich sieht man Nutzen von Kissinger, Homburger, Marienbader Kuren. Bei gewissen torpiden Kolitisformen, die meist bei adipösen arteriosklerotischen, aber auch bei anämischen, zarten Personen vorkommen, und besonders die untersten Abschnitte betreffen, sind mehr Massage, Gymnastik, kühlere Wasserprozeduren anzuwenden. Für die erstere Gruppe kommt hiebei besonders eine Marienbader Kur in Betracht, während die Individuen der zweiten Gruppe eventuell auf Eisen- oder Arsenkuren, auch auf Höhenkuren (Tarasp, Elster) gut reagieren. Ferner gibt es noch Kolitisfälle

Digitized by Google

mit sehr irritablem Kolon, Neigung zu Schmerzen, Durchfällen, Blutbeimischung zum Stuhl. Hier ist die Diät sehr vorsichtig zu handhaben; Kompotts, Sahne sind zu meiden, bisweilen auch Fleisch und Fisch; Butter wird meist gut ertragen. Hier kommen gelegentlich Milchkuren zu ihrem Recht. Zum Stopfen dienen die schon erwähnten Medikamente (Tannin, Wismut, Kalk, Opium, medikamentöse Spülungen); zur Behandlung des untersten Abschnitts des Darms dienen auch Einläufe von Wismut oder Schlemmkreidesuspensionen (200 g Wasser, 1 bis $1^1/_2$ Kaffeelöffel Pulver), körperwarm. Von Bädern kommt besonders Karlsbad in Betracht. In schweren Fällen sah Vf. Nutzen von Kalomel: man gibt drei Tage lang stündlich 0·02 g Kalomel, dann 5—8 Tage ebenso 0·5 g Wismut; eventuell wird die Kur nochmals wiederholt. In verzweifelten Fällen wird man sich gelegentlich zur Anlegung einer Darmfistel entschließen müssen.

Darmleidende schickt man nach Absolvierung ihrer Brunnenkur am besten ins Gebirge (1500—4000 Fuß), an einen sonnigen Platz mit bequemen Spaziergängen. Ein Ort mit warmen natürlichen Bädern oder Soolbädern, oder Gelegenheit zu Hydrotherapie (Gastein, Ischl, Marienbad, Bormio, St. Blasien, Igls, Friedrichsroda etc.), sind zu bevorzugen. Besonders wichtig ist passende Verpflegung. Sehr hoch gelegene Orte und die See sind weniger zu empfehlen. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 23—25, 1906.)

4. Es handelt sich um eine Affektion, die sehr oft mit einer Appendizitis verwechselt wird, deren Unterscheidung von einer solchen aber sehr wichtig ist, da sie in keinem Falle die Operation erfordert. Es handelt sich um Verdauungsstörungen, Verstopfung oder Durchfall, mit Fieber, Schmerzen, entlang dem Cökum, Colon ascendens, transversum, descendens. Bisweilen beobachtet man Druckschmerz am MacBurneyschen Punkt, ja sogar defensive Muskelkontraktionen der Bauchwand. Die Differentialdiagnose ist aber nicht schwierig bei Berücksichtigung der Fäzes. Diese sind hart, eingehüllt in mehr oder minder blutigem Schleim; es kommt zur Ausstoßung von Schleimbändern, die aussehen wie Tänien. Werden derartige Fälle von Typhlokolitis als Appendizitis diagnostiziert und als solche operiert, so findet man einen völlig normalen Wurmfortsatz, und auch nach Entfernung desselben schwinden die Beschwerden nicht. Die Therapie der Typhlokolitis besteht im Gebrauch von Abführmitteln (jeden Morgen einen Kaffeelöffel Rizinusöl), großen Warmwassereinläufen, Anwendung des konstanten Stromes (50 Mille Ampère). Ob sich die Typhlokolitis öfters mit Appendizitis kompliziert, ist eine noch offene Frage. — (Journal des Prat., Nr. 17, 1906.)

5. Während die Bazillendysenterie meist einen akuten Verlauf nimmt (Mortalität nur 3—10%), zeigt die Amöbendysenterie gewöhnlich subkutanen Charakter und führt weit häufiger durch Marasmus oder Leberabszeß zum Tode. In anderen Fällen zieht sie sich über Jahre hin mit Besserungen und Verschlimmerungen, und bringt den Kranken in einen Zustand körperlicher und seelischer Zerrüttung. Blut fehlt dann im Stuhle oft ganz oder tritt sehr selten auf, so daß das Bild einer einfachen chronischen Diarrhöe entsteht, die der richtigen Diagnose Schwierigkeiten bietet. Vf. hat drei derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt und dabei eine therapeutische Methode ausprobiert, die Empfehlung verdient. Von innerlichen Mitteln (Salizyl, Wismut, Tannin) verdient am meisten Vertrauen die Ipekakuanha; in den Fällen des Vfs. trat erst bei Anwendung dieses Mittels Besserung ein. Zur lokalen Behandlung der Affektion empfiehlt Vf. statt der sonst empfohlenen Klysmen (Tannin, Chinin, Borsäure, Chloral, Karbolsäure) die Anwendung einer Jodoformemulsion. Man läßt in Knieellenbogenlage etwa 250 cm^3 (Jodoform 5·0, Mucilago gummi arabic. 100·0) unter starkem Drucke einlaufen und versucht dann, die Lösung ins Kolon hinaufzumassieren. Nach zehn Minuten spült man sie dann durch zwei Wasserklistiere hinaus. Gegen die Tenesmen gibt man Opium; in verzweifelten Fällen ist die Appendizektomie bezw. die Durchspülung des Kolons mit Chinin von einem

Digitized by Google

in der Ileocökalgegend angelegten Anus praeternaturalis indiziert.

Zum Aufsuchen der Amöben spült man am besten durch ein Darmrohr mit Wasser von 37° C. etwas Darminhalt heraus, bringt ihn sofort in den Brutofen und untersucht kleine, von hier entnommene Schleimfetzen auf dem auf 37° C. geheizten Objektträger.

Die Fälle des Vfs. beweisen, daß man bei chronischen Diarrhöen unklaren Ursprungs, auch bei Leuten, die nie in den Tropen waren, auf Amöben forschen soll. — (Deutsche med. Wochenschr., 16. Aug. 1906.)

Morbus Basedowi.

1. **Herzneurosen und Basedow.** Von M. Fischer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Beitrag zur Behandlung Basedowscher Krankheit mit Röntgen-Strahlen.** Von J. Sklodowski. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ein Beitrag zur Behandlung der Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum von Möbius.** Von J. M. A. Levers Leuven. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ein Fall von Morbus Basedowii ohne Exophthalmus, behandelt mit Antithyreoidin Möbius.** Von G. Aronheim. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit.** (Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe-Altmark.) Von Alt. Ref. F. Perutz, München.

1. Es gibt viel mehr Formes frustes des Basedow, als man gewöhnlich annimmt. Diese Formen ohne Exophthalmus gehen gewöhnlich unter der Diagnose „Neurasthenie, Anämie oder Herzneurose" und verhalten sich Eisen, Arsen und Chinin ebenso wie den Herzmitteln gegenüber refraktär. Meist handelt es sich um Formen mit Störungen der Genitalsphäre. Neben anderen Beschwerden klagen die Patientinnen besonders über das Herz, über starkes Klopfen, Atembeklemmungen. Der objektive Befund ist dabei sehr verschieden stark. Als typisches Merkmal haben die Kranken meist etwas eigentümlich Verstörtes; sie fühlen sich benommen, unsicher, kommen sich traumhaft vor etc. In solchen Fällen ist, besonders wenn die Schilddrüse auch nur etwas vergrößert ist, eine Rodagenkur unbedingt geboten. Man kommt dabei mit dreimal täglich 2 g aus, allerdings immer noch eine tägliche Ausgabe von 1 Mark. Kann man möglichste Ruhe durchsetzen, so tritt der Erfolg umso sicherer ein. Nach zwei- bis dreiwöchentlicher Kur sieht man wesentliche Besserung, man kann die Medikation langsam vermindern, um sie eventuell dann wieder anzuwenden. Das Rodagen heilt natürlich nicht die Krankheit; immerhin sieht man häufig selbst ein Zurückgehen der leichten Struma. Fischer hatte bisher Gelegenheit, in vier Fällen die günstige Wirkung zu konstatieren; alle Fälle hatten eine Struma, doch würde er kein Bedenken tragen, in entsprechenden Fällen auch ohne Struma Rodagen oder Antithyreoidin zu verwenden. — (Münch. med. Wochenschr., 7. Aug. 1905.)

2. Bei einem 15jährigen Mädchen mit typischem Basedow war Antithyreoidinserum (30 g) ohne Erfolg; nach einer einmonatlichen Röntgen-Behandlung waren der Objektivbefund gleich, die nervösen Symptome wesentlich gebessert; in den nächsten Monaten stieg das Gewicht (in 16 Wochen) um 13·3 kg, verschwand die übermäßige Schweißabsonderung. Die Besserung hält schon beinahe ein halbes Jahr an. Bestrahlt wurde jedesmal die Hälfte der Drüse 10 Minuten lang bei 20 cm Entfernung. — (Deutsche med. Wochenschrift, 16. Aug. 1906.)

3. Es handelte sich um einen typischen Fall von Morbus Basedowii, bei dem das Serum in steigender Dosis von zweimal täglich 0·5 bis dreimal täglich 1·0 cm^3 verabreicht wurde. Nach Verbrauch von 90 cm^3 konstatierte man ein Weicherwerden der Struma, ein Verschwinden der Schweiße, ein Herabgehen des Pulses von 135 auf 100, ein fast völliges Schwinden des Tremors; der Exophthalmus wurde kaum beeinflußt. Die wesentliche Besserung setzte erst nach Aussetzen des Mittels ein. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1906.)

4. Bei einer 30jährigen Patientin bestanden Struma, Herzpalpitationen, Herzdilatation, nervöse Smyptome. Verordnet wurde: Antithyreoidin 4·0, Vin. Tokay. 20·0, Aq. dest. 100·0, dreimal täglich

Digitized by Google

1 Kaffeelöffel; bei der zweiten Wiederholung wurde die Antithyreoidinmenge auf 6·0 gesteigert, und diese Mischung noch zweimal repetiert. Die Besserung war eine so wesentliche, daß die Kranke nach zwei Monaten wieder ihren häuslichen Pflichten nachgehen konnte; speziell die Herzsymptome wurden günstig beeinflußt. Das Antithyreoidin wird von ihr fortgebraucht in einer Mischung: Antithyreoidin 3·0, Vin. Tokay., Aq. dest. āā 10·0. — M. D. S. dreimal täglich 25 Tropfen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1906.)

5. Von der Erwägung ausgehend, daß bei der Basedowschen Krankheit infolge der Hyper- oder Dyssekretion der Schilddrüse eine erhöhte innere Oxydation und somit ein beträchtlicher Stoffmehrumsatz stattfindet, suchte Alt durch eine passende Ueberernährung den Kräftezerfall zu verhüten und einen Mehransatz von wertvoller Körpersubstanz zu erzielen. Da die Leistungsfähigkeit der Nieren bei Basedow-Kranken hinsichtlich der Salzausscheidung beeinträchtigt, auch die Toleranzgrenze für Kohlehydrate herabgesetzt ist, so empfiehlt sich eine salzarme, fett- und eiweißreiche Kost. Den Hauptbestandteil derselben bildet, wenigstens für die erste Zeit, die Milch, die durch Sahne, ungesalzene Butter, Roborat angereichert wird. Auf diese Weise gelang es, bei vier hochgradig abgemagerten Kranken, die mit Oedemen in die Anstalt kamen, innerhalb 8—10 Wochen Gewichtszunahmen von 6—23 Kilo zu erreichen, unter gleichzeitiger erheblicher Besserung der somatischen wie psychischen Symptome. Die zugeführte Kalorienmenge betrug zwischen 3100—3500 Kalorien. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 24, 1906.)

Tetanie.

1. Die Kindertetanie (Spasmophilie) als Kalziumvergiftung. Von W. Stöltzner, Halle a. S. Ref. Einstein, Stuttgart.

2. Ueber die Beziehungen der Tetanie zum weiblichen Genitalapparat. Von E. Groß. Ref. G. Wiener, München.

1. Von Finkelstein ist festgestellt worden, daß die spasmophile Diathese der Kinder mit der Menge der genossenen Kuhmilch steigt und fällt und daß die erregende Ursache in der Kuhmolke enthalten sein müsse. Stöltzner suchte nun, welche Komponente der Kuhmilch die Materia peccans sei, und fand sie im Kalzium. Versuche an spasmophilen Kindern zeigten, daß eine Zuführung von Kalksalzen sofort eine Verschlimmerung der tetanischen Symptome zur Folge hatte, während andere Salze ohne jeden Einfluß blieben. Frauenmilch ist fünfmal ärmer an Kalk als Kuhmilch; daher ihre heilende Wirkung auf die Tetanie. Die Neigung rhachitischer Kinder zu Tetanie erklärt sich aus den ansehnlichen Mengen Kalk, die aus dem eingeschmolzenen Knochengewebe frei werden und sich zu dem resorbierten Kalk addieren, der zudem im Körper nicht zum Ansatz verwendet wird. In manchen Fällen mag eine funktionelle Schwäche des Darmes, durch den bekanntlich der resorbierte, aber nicht zum Ansatz gekommene Kalk ausgeschieden wird, die Tetanie verschulden.

Die Auffassung der Spasmophilie als Kalziumvergiftung wird durch neuere physiologische Forschungen gestützt, nach welchen die Zuführung von Kalzium ein mächtiges Mittel ist, die Nervenerregbarkeit zu steigern. — (Jahrb. f. Kinderkrankh., Bd. 63, H. 6.)

2. Bis 1895 konnte Neumann nur 12 sichere Fälle von Tetania gravidarum in der Literatur nachweisen, dazu kamen bis 1903 neun weitere Fälle aus der Klinik Schauta. Im Verhältnis zu der großen beobachteten Zahl von Tetaniekranken ist die Kombination mit Gravidität also sehr selten. Gleichwohl ist festgestellt, daß dem weiblichen Sexualapparat und speziell der Gestation, eine nicht unerhebliche Rolle bei der Pathogenese der Tetanie zuzuweisen ist. Hiefür sprechen die relativ häufig vorkommenden Rezidiven bei erneuter Schwangerschaft, sowie der Umstand, daß die Erkrankung mit der Geburt häufig aufhört. Zu beachten ist ferner die Koinzidenz von Tetaniekrämpfen mit Uteruskontraktionen. Neumann nimmt an, daß die Schwangerschaft entweder prädisponierend für die Tetanie wirke oder daß bereits bestehende chronische

Digitized by Google

Tetanie durch dieselbe ausgelöst werde. Die Notwendigkeit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt steht in schweren Fällen außer Zweifel. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1906.)

Physikalische Therapie.

Ueber Hyperämiebehandlung der Lungentuberkulose. Von Dr. H. Leo, Bonn. Ref. Buxbaum, Wien.

Unser Streben bei Bekämpfung der Lungentuberkulose muß darauf gerichtet sein, eine Stauungshyperämie der Lungen zu erzeugen. Vf. versuchte vorerst durch Applikation von Saugapparaten an den Thorax in den kranken Lungenpartien eine Hyperämisierung zu erzielen. Die Versuche haben noch zu keinem befriedigenden Resultat geführt. Dagegen hat Vf. seit zwei Jahren an 30 Kranken ein anderes Verfahren eingeleitet, um passive Hyperämie zu erzeugen, das er noch in letzter Zeit vervollkommt hat. Es beruht auf dem Prinzip, die Patienten so zu lagern, daß die Lungen die tiefsten Stellen einnehmen, während der Kopf etwas höher gelegen und die Beine in erhöhter Stellung gestützt werden. Da die Hochlagerung der Beine von geschwächten Kranken nicht ausgehalten wird, so genügt es, die bettlägerigen Kranken dazu zu veranlassen, möglichst flach und mit etwas erhöhtem Kopfe zu liegen. Für die ambulanten Kranken, mit welchen es Vf. hauptsächlich zu tun hatte, ließ er einen Korbsessel konstruieren, welcher in bequemer Weise die Tieflagerung des Thorax mit mäßig erhobenem Kopfe und mehr oder weniger stark erhobenen Beinen gestattet. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen und deren Resultate noch nicht spruchreif. Die 30 Kranken befanden sich teils im ersten Stadium der Erkrankung, teils in einem vorgeschrittenerem Stadium. In einem Falle (floride Phthise, heftiges Fieber) beobachtete er unaufhaltsame Verschlechterung, in zwei Fällen traten Bluthusten oder Nasenbluten auf, weshalb diese Behandlung abgebrochen, respektive abgekürzt wurde, ebenso bei solchen Patienten, die über Benommenheit im Kopfe und Schwindelgefühl klagten. Zumeist wurden besondere objetive und subjektive Störungen nicht beobachtet, es besserte sich in der Regel das subjektive Befinden, Hustenreiz und Atembeschwerden nahmen ab. Selten wurde das Gegenteil angegeben. Das Körpergewicht blieb in der Mehrzahl der Fälle unverändert, bei einigen nahm es ab. In einem Drittel der Fälle nahm es zu (einmal, 18jähriges Mädchen, ausgedehnte Verdichtung und reichlich Bazillen, nach halbjähriger Behandlung 12 kg Zunahme), wie denn überhaupt Gewichtszunahmen nur bei solchen Kranken konstatiert wurden, welche während mehrerer Monate regelmäßig zur Behandlung gekommen waren. Sonst lebten und wohnten die Kranken wie früher, allenfalls bekamen sie bei längerer Kur täglich ein Glas Milch. Vf. empfiehlt, diese Methode anfangs nur sehr vorsichtig anzuwenden, zunächst täglich nur eine Stunde, dabei anfangs die Beine wenig erheben zu lassen, dann allmählich Tag für Tag etwas länger; Maximum vier Stunden täglich, und allmählich stärker erhobenen Beinen. Klagen die Patienten über Parästhesien in den Beinen, dann wird die Hochhaltung unterbrochen, auch Massage und Abreibungen wirken günstig. Vf. resümiert:

1. Das Bestreben, die Lungentuberkulose durch künstliche Erzeugung einer Lungenhyperämie zu bekämpfen, ist in bester Weise rationell begründet. 2. Als hyperämisierendes Mittel kommt nur die Stauungshyperämie in Betracht. 3. Wir erreichen dieselbe am einfachsten durch eine Tieflagerung des Brustkorbes bei mäßiger Hochlagerung des Kopfes und beträchtlicher Hochlagerung der Beine. Diese Behandlung ist unter allmählicher Steigerung der täglichen Dauer möglichst konsequent durchzuführen. Auch des Nachts soll der Oberkörper nicht erhöht, sondern tief gelagert sein. 4. Absolut kontraindiziert ist die Anwendung der Methode bei Neigung zu Blutungen. 5. Ob auch sonstige Maßnahmen, speziell die Bierschen Saugapparate, therapeutische Verwendung finden werden, muß durch weitere Beobachtungen festgestellt wer-

Digitized by Google

den. Das Gleiche gilt für die vom Vf. in Aussicht genommene Kombination der Hyperämiebehandlung mit Tuberkulin. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1906.)

Ueber die Behandlung der Arthritis tuberculosa mit Massage. Von Dr. P. Konindjy. Ref. Buxbaum, Wien.

Jede trockene oder kongestive Arthritis, über deren Natur ein Zweifel besteht, soll frühzeitig der methodischen Massagebehandlung unterzogen werden. Zunächst sollen nur oberflächliche und leichte Prozeduren angewendet werden, später mehr in die Tiefe greifende, welche mit progressiver Bewegungsbehandlung verbunden werden. Die Massage muß in dem Augenblick sistiert werden, wo die entzündlichen Phänomene deutlicher zutage treten; durch korrekte Massage werden im allgemeinen weder die Schmerzen, noch die Kongestion gesteigert. Bei den kongestiven und plastischen Formen der tuberkulösen Gelenkserkrankung bildet die Massage ein Hilfsmittel der orthopädischen Behandlung. Das erkrankte Gelenk muß durch einen geeigneten Apparat vor Erschütterung sowie Ueberanstrengung beim Gehen geschützt werden. Der Apparat muß derart kombiniert sein, daß er während der Massagesitzungen leicht entfernt werden kann. Diese anfangs kurzdauernden Sitzungen werden mit dem Fortschreiten des Heilungsprozesses und steigender Toleranz des Patienten verlängert. Fungus- und Abszeßbildungen lassen die Massage unbedingt kontraindiziert erscheinen, doch ist nach der Operation hier die Massage im Vereine mit Bewegungstherapie geeignet, die Krankheitsdauer zu verkürzen. Ueberhaupt gelingt es nur auf diese Weise, den erkrankten Gliedmaßen ihre Kraft und Beweglichkeit wieder zu verschaffen, was die Anwendung der Massagebehandlung bei den tuberkulösen Gelenkserkrankungen rechtfertigt. — (Le Progr. méd. Nr. 20, 1906.)

Chirurgie.

Lumbalanästhesie.

1. **Ein neues Instrumentarium für Lumbalanästhesie.** Von K. v. Arlt. Ref. G. Wiener, München.
2. **Operationen mit Rückenmarksanästhesie.** Von Ernst Becker. Ref. G. Wiener, München.
3. **Wie vermeidet man Mißerfolge bei der Lumbalanästhesie.** Von Alfred Dänitz. Ref. G. Wiener, München.
4. **Erfahrungen an 360 Lumbalanästhesien mit Stovain-Adrenalin (Billou).** Von Ed. Deetz. Ref. G. Wiener, München.
5. **Die epidurale Injektion.** Von E. Buzi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Im Spital der Barmherzigen Brüder in Graz wird zur Lumbalanästhesie Tropakokain (von Schwarz in Agram empfohlen) verwendet. Das dazu verwendete Instrumentarium wird genau beschrieben und durch eine Illustration erläutert. Seine Vorteile seien:

1. Das verwendete Tropakokain wird in demselben Gefäß, in welchem es aufbewahrt und sterilisiert wird, gelöst, kommt daher mit keinem anderen Körper in Berührung, wodurch die Keimfreiheit des Präparats gesichert wird.

2. Der Verlust an Liquor cerebrospinalis und Tropakokainlösung ist gleich Null.

3. Sehr rasche Ausführung.

4. Kann die Lumbalinjektion auch außerhalb der Anstalt leicht ausgeführt werden.

5. Bedarf der Operateur keiner Assistenz, da alles, was er in die Hand bekommt, sterilisiert ist.

Im Grazer Barmherzigenspital wurden bis jetzt 150 Operationen mit dem Apparat ausgeführt, die in Bezug auf Nebenwirkungen und Anästhesie weit zufriedenstellender waren, als die früher ohne den Apparat vorgenommenen. Derselbe wird von der Firma Max Hahnmann in Berlin hergestellt. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 34, 1906.)

2. Becker, Oberarzt im städtischen Krankenhause zu Hildesheim, hat früher das französische Stovain von Billon verwendet, jetzt gebraucht er das von Riedel in Berlin hergestellte Präparat. In jedem Kubikzentimeter ist enthalten: Stovain 0·04, Epirenan 0·0001, Acid.

Digitized by Google

boric. 0·00004, Natr. chlorat. 0·0011. Nach Ansicht Beckers kann auch bei der Lumbalanästhesie der Narkotiseur nicht entbehrt werden, da er das Befinden des Kranken kontrollieren, eventuell dessen Aufmerksamkeit von der Operation durch Unterhaltung ablenken soll. Sehr häufig hat Becker an den Patienten Erscheinungen beobachtet, welche den Symptomen der Seekrankheit ähneln: Blässe, Aengstlichkeit, Ausbruch von Angstschweiß, Würgen und Brechen. Dagegen blieben Puls und Atmung meistens gut. Nachwirkungen wurden seltener beobachtet. In erster Linie sei hiebei das Erbrechen zu erwähnen, ferner geringe, 1—3 Tage anhaltende Temperatursteigerungen (38—38·9) und mehrmals Kopfschmerzen. Letztere traten besonders in der ersten Zeit häufig auf, als man noch sehr viel Liquor cerebrospinalis abfließen ließ. Becker läßt die Kranken sofort nach der Operation aufrecht im Bette hinsetzen, in der Annahme, daß dadurch einer eventuellen Blutstauung in der Schädelkapsel am einfachsten entgegengearbeitet wird. Bier empfiehlt Abführmittel; hierüber hat Becker keine Erfahrungen. Einmal entstand vier Tage lang Harnverhaltung, einmal vierwöchentliches Doppelsehen, nur zweimal wurden schwere Erscheinungen beobachtet; unter 135 Fällen waren 12 Versager. Als Vorteile der Methode seien besonders hervorzuheben: das bessere Vertragen derselben durch alte und heruntergekommene Leute, die Möglichkeit, von den Patienten während der Operation die Einwilligung zu unvorhergesehenem Eingreifen erlangen zu können und Zeitersparnis gegenüber der Narkose. Als Nachteile: die Technik ist nicht ganz einfach, die Methode hat ihre Grenzen, man hat kein Mittel, das Stovain mit absoluter Sicherheit von dem verlängerten Mark abzuhalten, die Schreckwirkung auf den nicht betäubten Patienten, sowie deren Aufregung und schließlich die Versager und die Nachwirkungen sind zu befürchten. — (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 28, 1906.)

3. Durch Aufhebung der Beckenhochlagerung kann ein zu hohes Hinaufsteigen des Anästhetikums nach der Medulla verhindert und dadurch die der Hochlagerung anhaftende Gefahr ausgeschaltet werden. Außerdem ratet Dänitz dazu, im letzten Akt der Punktion den Mandrin zu entfernen. Da unmittelbar nach Durchstechung der Rückenmarkshäute sofort Liquor entgegensprudelt, in einem Moment, wo die Nadel weder die Elemente der Kauda noch den Conus terminalis berührt hat, so wird auf diese Weise ziemlich sicher eine Verletzung dieser Organe vermieden. Ferner wird durch dieses Verfahren das äußerst schmerzhafte Anstechen der Nervenfasern der Kauda ausgeschaltet. Blutig gefärbter Liquor oder gar Ausfließen von reinem Blut wird hintangehalten und das Einspritzen der Lösung zwischen die Fasern der Kauda ist nicht möglich. Ein großer Teil der Schädlichkeiten würde nach Ansicht Dänitz' auch vermieden werden können, wenn nur noch nach dem Beispiel der Bonner Klinik nur 4%ige notorische Stovainlösung verwendet würde. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 28, 1906.)

4. Es wurden in der Rostocker chirurgischen Klinik dem Verfahren unterworfen: 6 Kranke dreimal (darunter eine dreimal in einer Woche), 26 zweimal, die übrigen einmal. Ueberhaupt keine Neben- oder Nachwirkungen hatten 189 Patienten, das sind 52·6%. Erbrechen oder Uebelkeit während der Operation hatten 31 Kranke, einmal kam ein ohnmachtähnlicher Zustand vor, der jedoch nach Kampferinjektionen rasch wieder verging; zweimal trat Exitus ein. An Kopfschmerzen nach der Operation litten 50 Patienten, davon acht sehr schwer. Die Schmerzen setzten meistens erst am dritten Tage ein und dauerten durchschnittlich nicht länger als 3—5 Tage. Bei einem Kranken hielten sie aber 14 Tage, bei einem anderen über sechs Wochen an. Mehrere Male wurde auch Steifigkeit und Nackenstarre beobachtet, die jedoch nach einigen Tagen wieder verschwanden. Bei Operationen an der unteren Extremität waren unter 126 Fällen vier Versager. Ferner trat einmal halbseitige Sensibilitäts- und Mobilitätslähmung, ein anderes Mal motorische Lähmung bei erhaltener Sensibilität auf. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 28, 1906.)

Digitized by Google

5. Buzi teilt seine Erfahrungen über die epidurale Injektion in acht Fällen mit. In sechs Fällen handelte es sich um Ischias, die in zwei Fällen einer langwierigen Behandlung mit allen möglichen Mitteln getrotzt hatte. Die Injektion von 0·02 g Kokain genügte, um Heilung herbeizuführen. Meist war der Gang der, daß wenige Stunden nach der Injektion der Schmerz schwand, nach einigen Tagen sich allerdings wieder einstellte, aber in verminderter Intensität, und um langsam völlig zu verschwinden. Bei einem Kinde mit Harninkontinenz genügte eine Injektion von 2 cm³ physiologischer ClNa-Lösung nicht, um völlige Heilung herbeizuführen, aber die unfreiwillige Entleerung blieb wenigstens drei Tage aus und wurde in der Folge seltener als vorher. In einem Falle heftigster Schmerzen von einem Uteruskarzinom aus versagte die Methode.

Der Eingang in den Sakralkanal ist meist nicht ganz leicht zu finden; bei Kindern, bei denen die Vereinigung von Kreuz- und Steißbein noch nicht erfolgt ist, leichter als bei Erwachsenen. In allen Fällen, in denen Kokain injiziert wurde, trat eine abendliche Temperatur bis 37° ein; alle gaben ein Gefühl der Schwere in der Sakralgegend an, das bei einigen tagelang dauerte. In einem Falle wurde bei der Punktion ein Nerv angestochen, was heftige Schmerzen, in einem anderen eine Vene, was eine kleine Blutung bewirkte; in beiden Fällen wurde die Richtung der Spritze geändert, und es traten weiter keine Folgen ein.

Eine Erklärung der Heilwirkung der Cathelinschen Injektionen ist nicht leicht. Die anästhesierende Wirkung des Kokains kann es nicht sein. Denn physiologische ClNa-Lösung wirkt ähnlich. Wahrscheinlich ist das Wirksame das gesetzte Trauma, der Chok, der dadurch auf die Nerven und Nervenwurzeln ausgeübt wird, ohne daß damit über den Mechanismus der Wirksamkeit Klarheit geschaffen wäre. — (Il Policlinico Sez. chir., H. 4, April 1906.)

Ueber 125 Fälle von Hallux vagus und eine neue Operation zu dessen Behandlung. Von Dr. H. A. Wilson, Philadelphia. Ref. A. Haas, München.

Wilson hält ungeeignetes Schuhwerk für eine sehr häufige Ursache des Hallux vagus. Der wichtigste Faktor sei eine Eversions- und Pronationsstellung der Füße. Die Affektion ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Sichtbare Exostosen bestanden klinisch in 92% der Fälle; die radiologische Untersuchung ergab eine bedeutend geringere Zahl von Exostosen und zeigte, daß diese klinisch durch die pathologische Stellung der Gelenkenden vorgetäuscht wurden. In 23% der Fälle handelte es sich um eine Kombination mit Pesplanus.

Die Operation bestand in der Entfernung des prominenten Teiles, der distalen Epiphysen des Metatarsus nach Exzision des Schleimbeutels und Reposition der großen Zehe in ihrer normalen Lage. Nach 14 Tagen werden passive Bewegungen gemacht und nach drei Wochen verlassen die Patienten das Bett. — (Report of the American Orthopedic Association; The Boston Medical and Surgical Journal, Nr. 1, 1906.)

Erfahrungen in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Von Oskar Vulpius. Ref. Klar. München.

Die Lähmungstherapie ist zur Zeit das dankbarste Feld der orthopädischen Tätigkeit. Man wendet bei der Behandlung der dauernden spinalen Lähmungen portative Apparate, Arthro- bezw. Tenodese- und Sehnentransplantationen an. Der moderne orthopädische Hülsenapparat fixiert das Schlottergelenk, gestattet vermittels seiner Scharniere eine Regulierung der Gelenkbewegung, und endlich kann man mit ihm eine Redressionswirkung auf paralytische Deformitäten ausüben. Aber auch der beste Apparat hat seine Nachteile; die Zirkulation ist durch den Apparat immer etwas gehemmt und die Muskulatur wird unter ihm noch atrophischer als sie schon ist; ferner ist der Apparat für das nicht normal kräftige Bein eine Last. Deswegen ist man bestrebt, einen portativen Apparat wenn

Digitized by Google

möglich unnötig zu machen. Bei totaler Lähmung aller ein Gelenk bewegenden Muskeln ist die Arthrodese angezeigt, besonders am Sprung-, Knie- und Schultergelenk. An Hüft-, Ellbogen- und Handgelenk dagegen ist die operative Versteifung nicht ratsam. Bei der Ausführung der Operation werden die Gelenkflächen ausgiebig zu Gesicht gebracht und mit dem scharfen Löffel angefrischt, so daß der Knochen an vielen Stellen freigelegt wird, um eine möglichst feste Verbindung zu erzielen. Im Sprunggelenk entsteht so eine feste fibröse Ankylose in Mittelstellung, leichte Wackelbewegungen bleiben noch möglich, die aber gar nicht schaden, sondern vielmehr beim Gehen das Abwickeln des Fußes erleichtern; bei der Arthrodese des Sprunggelenks ist es zweckmäßig, die drei vorderen Muskeln zu verkürzen und am Periost des Unterschenkels anzuheften, um die Dorsalflexion des Fußes zu sichern. Bei der Ankylosierung des Kniegelenks muß man sich davor hüten, zu schonend vorzugehen, da sonst die Fixation ungenügend wird, und dann später gern Beugekontraktur des Gelenks eintritt; deshalb rät Vf. die Flexurensehnen zu tenotomieren oder besser partiell zu resezieren und am Schluß der Operation den durchtrennten Streckapparat durch exakte Naht in guter Spannung wieder herzustellen.

Beim schlotternden Schultergelenk erzielt Vf. mit der Arthrodese sehr gute Heilerfolge; man läßt die Ankylose im Gipsverband, nachdem bei der Operation der angefrischte Humeruskopf mit Silberdraht an das Akromion geheftet ist, bei stark abduziertem und etwas nach vorn gehobenem Arm eintreten, die Fixation im Verband muß drei Monate dauern, gymnastische Nachbehandlung ist unentbehrlich. Die Heber des Schultergürtels bewegen so nunmehr den Arm mit, der vorher nur noch ein wertloses Anhängsel war.

Bei den weitaus häufigeren partiellen Lähmungen nimmt man die Sehnenüberpflanzung vor. Die Technik dieser physiologisch interessanten Operation ist nicht sehr einfach; es würde zu weit führen, sie hier näher zu schildern. Vf. hat mit der Sehnentransplantation glänzende Dauerresultate erreicht, es kommt darauf an, bei jedem einzelnen Fall je nach dem autoptischen Muskelbefund zu individualisieren. Bei der Behandlung der spinalen Kinderlähmung muß man bei ausgedehnten Lähmungen die richtige Kombination der angeführten Operationen für jeden Fall besonders finden, dann erst kann man gute Heilerfolge erwarten und manchen Menschen wieder auf die Beine bringen, den man schon dauernd an den Fahrstuhl gefesselt glaubte. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1906.)

Gynäkologie.

Dysmenorrhöe. Ref. G. Wiener, München.

1. **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe.** Von Max Jacoby.
2. **Ueber Behandlung von Uterusblutungen.** Von Morré.
3. **„Amasira", ein innerliches Mittel bei Dysmenorrhöe.** Von Dr. Gutbrod.

1. Ist die Dysmenorrhöe die Folge eines bestehenden Leidens, wie Dislokation des Uterus, Stenose des Muttermundes, Entzündungsprozesse des Uterus, Polype oder Myome, so muß natürlich das Grundübel beseitigt werden. Bei zurückgebliebener Entwicklung der Geschlechtsorgane wird eine roborierende Behandlung in Verbindung mit der Thure-Brandtschen Massage manchmal gute Erfolge haben. Bei idiopathischer Dysmenorrhöe ohne anatomische Grundlage sind schmerzlindernde Mittel, besonders eine Komplikation von Bromkali und Valeriana und Extr. Viburn. prunifol. zu empfehlen.

Vorzügliche Wirkungen hat Jacoby aber besonders bei der Verabreichung von hohen Dosen Styptol gesehen. Wenn dabei Mißerfolge auftreten, so seien dieselben lediglich einer zu schwachen Dosierung zuzuschreiben. Das Mittel kommt in roten Tabletten in Originalröhrchen zu 20 Stück à 0·05 g in den Handel und Jacoby gibt sofort viermal täglich zwei Tabletten, in schweren Fällen sogar viermal täglich drei Tabletten. Außerdem soll mit der Verabreichung derselben auch nicht bis zum Eintritt der Menses gewartet, sondern es sollen schon drei Tage vor

Digitized by Google

dem Termin derselben viermal täglich zwei Tabletten gegeben und die Dosis dann auf fünfmal zwei Tabletten gesteigert werden. Das Mittel wird dann während der ganzen Dauer der Menses genommen. Die Wirkung des Styptols wird noch erhöht dadurch, daß man den Patientinnen in der intermenstruellen Zeit ein blutbildendes Mittel, verbunden mit einer Milchkur, verabfolgt. Doch müssen die ersteren vor Beginn der Menses, d. h. sobald die Verabreichung von Styptol anfängt, sofort weggelassen werden. — (Therapie der Gegenw., Nr. 6, 1906.)

2. Ueber die gleichen guten Erfahrungen mit der Verabreichung von Styptol in größeren Dosen, als sonst in der Literatur erwähnt werden, spricht Morré. Er gibt täglich dreimal 2—3 Tabletten und hat niemals irgend welche Nebenerscheinungen beobachtet, auch keine Magenbeschwerden, die das Styptol nach Ansicht Freunds verursachen soll. Neun Fälle illustrieren die Beobachtungen der beiden Vf. — (Frauenarzt, Nr. 4, 1906.)

3. Die Firma A. Locher in Stuttgart stellt ein Präparat her, das „Amasira", welches Gutbrod mit vorzüglichem Erfolg bei Dysmenorrhöen angewendet hat. Auszuschließen sind die Fälle, welche durch Stenosen bedingt sind. Dagegen wirkte das Mittel glänzend bei Virgines, bei denen kein objektiver pathologischer Befund vorhanden war. Mißerfolge waren nur ganz vereinzelt zu verzeichnen. Die Zusammensetzung ist auf jeder Schachtel genau angegeben. — (Zentralbl. f. Gynäkol., Nr. 33, 1906.)

Ein Apparat zur schnellen und beinahe kostenlosen Beschaffung von sterilem Verband- und Tamponadematerial. Von Alex Schmidt. Ref. G. Wiener, München.

Der Apparat, welcher von Leonhard Schmid & Comp. in Hamburg hergestellt wird, sei besonders praktisch für die Sprechstunde. Das Instrument ähnelt einem breiten Nußknacker, zwischen dessen Branchen sich zwei zur Aufnahme der Binden bestimmte Spitzen befinden. Dieselben sind je nach Breite der Binde verschiebbar. Ist die Binde eingelegt, wird der Apparat vor der Operation gekocht und die nasse Binde zwischen den Branchen trocken gepreßt. Dieselbe kann dann direkt vom Apparat abgerollt und verwendet werden. Zwei Illustrationen sind der Beschreibung beigelegt. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 34, 1906.)

Das Biersche Verfahren in intrauteriner Anwendung. Von Felix Turán. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. hat obiges Verfahren in vier Fällen von Metritis und Endometritis chronica mit eitrig-schleimigem Ausfluß mit gutem Erfolge angewendet. Die Kranken wurden jeden oder jeden zweiten Tag behandelt, wobei alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen weggelassen wurden. Begonnen wurde mit einer Anfangsdauer von 5—6 Minuten, die bis zu höchstens 15 bis 20 Minuten gesteigert wurde. Die Gesamtdauer der Behandlung betrug 3—6 Wochen mit 9—19 intrauterinen Saugungen. Die Frauen berichteten, daß sich der Ausfluß schon nach einigen Tagen verringert und nach 8—10 Sitzungen ganz aufgehört habe. Ein sehr günstiger Einfluß des Verfahrens war auch auf die Erosionen zu konstatieren. Dieselben wurden während der Behandlung immer blässer, nach 8—10 Sitzungen waren sie von einer Art weißlichen Glasur überzogen und nach 13—15maliger Behandlung gingen sie in Heilung über. Das Verfahren ist außerdem nicht nur schmerzlos, sondern auch schmerzstillend und scheint auch Tiefenwirkung zu haben. Eine genaue Beschreibung desselben, sowie die Abbildung des Hauptteiles des Instrumentariums, eines gefensterten Metallkatheters, sind dem Aufsatz beigegeben. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 28, 1906.)

Ueber Pessarbehandlung. Von M. Hofmeier. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. stellt als Grundsatz die Forderung auf: Keine Weichgummipessare und keine Pessare mit zu dünnen Bügeln. Die Schädlichkeit der ersteren besteht in dem chemischen und bei zu langem Liegen in dem mechanischen Reiz, den sie auf die Scheidenschleimhaut ausüben, die

Digitized by Google

der letzteren darin, daß sie bei längerem Liegen nach der Seite, also bei runder Form, in die Scheidenwände einschneiden und schließlich vollständig umwuchert werden können; dadurch entstehen Verletzungen des Bindegewebes oder eventuell Perforation in die Blase.

Gänzlich zu verwerfen seien die Zwank - Schillingschen Hysterophore. Deren Flügel dringen tief in das Bindegewebe ein und verursachen die weitgehendsten Verletzungen. Der Vf. sah davon schon Blasenfisteln, ja sogar Ureterfisteln. Als Retroflexionspessar sei das Hodgepessar und für gewisse Fälle das Thomaspessar zu empfehlen, bei stärkerer Erschlaffung und größeren Vorfällen das sogenannte Loehleinpessar, sowie das Mengesche Keulenpessar. Oftmalige Ausspülungen mit Salzwasser, Sodallösungen oder schwachen Desinfizientien dürfen bei keinem Pessar fehlen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 34, 1906.)

Geburtshilfe.

Ueber den Wert der Heißwasseralkoholdesinfektion für die Geburtshilfe wie für den Wundenschutz von Bauchwunden. Von O. v. Herff. Ref. G. Wiener, München.

Die Ergebnisse der Ahlfeldschen Heißwasseralkoholmethode im Frauenspital zu Basel sind derart vorzügliche, daß sich der Vf. verpflichtet fühlt, diese Methode, die sich durch ihre Sicherheit und Einfachheit auszeichnet, weiteren Kreisen auf das Wärmste zu empfehlen. Dieselbe steht in keiner Weise gegen die Fürbringersche zurück, sondern übertrifft sie noch, da die Haut dabei einschrumpft und eintrocknet, gewissermaßen gegerbt wird, und die Keimabgabe für lange Zeit erheblich, wenn nicht ganz erschwert wird. Von 5000 Wöchnerinnen in Basel aus den Jahren 1901—1906 erkrankten insgesamt bei der obigen Methode 15·7%, am Kindbettfieber 8·2%, starben insgesamt 0·7%, am Kindbettfieber 0·09%, Anstaltssterblichkeit 0. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1906.)

Ueber Benützung des stumpfen Hakens zur Erleichterung der Armlösung. Von Ernst Hoerschmann. Ref. G. Wiener, München.

Die Armlösung gestaltet sich bei hoch hinaufgeschlagenem Arm bedeutend leichter, sobald die in Angriff genommene Schulter tiefer tritt. Dies läßt sich erreichen durch einen mäßigen Zug an dem zwischen Kopf und aufgeschlagenen Arm eingeführten stumpfen Haken. Derselbe wird über den Rücken des Kindes eingeführt, greift vermöge seiner Krümmung über die Clavicula herüber und findet zwischen Kopf respektive Hals und Arm eine sichere Lage. Der Vf. hat das Verfahren zweimal (bei einer Primipara mit Steißlage und bei verschleppter dorso anteriorer Querlage) mit gutem Erfolge ausgeführt. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 33, 1906.)

Die Pubiotomie mit der Nadel. Von C. Bum. Ref. G. Wiener, München.

Döderlein hat durch Anlegung kleiner Schnitte und subkutane Durchsägung die Nachteile der Symphysotomie vermeiden gelehrt. Die Nadel gestattet nach Ansicht des Vfs. noch einen Schritt weiter zu gehen, da bei ihrer Verwendung nur zwei kleine Stichöffnungen entstehen, welche ohneweiters durch Kompression verschlossen werden können und die ganze Knochen- und Weichteilverletzung zu einer wirklich subkutanen machen. Stöckel hat die Nadel im Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 3, 1906, genau beschrieben. Die Frau liegt bei der Operation mit hochgezogenen Beinen in Steinschnittlage. Es wird fingerbreit rechts und links von der Mittellinie zwischen großer und kleiner Labie dicht am unteren Rande des Schambogens die Nadel eingestochen. Dieselbe gleitet um den unteren Rand der Schoßfuge herum und auf deren hinterer Fläche nach oben. Sobald sie den oberen Rand erreicht hat, wird der Griff stark gesenkt, die Spitze dringt dadurch nach vorn heraus und kann leicht durchgestoßen werden. Nun wird die Giglische Drahtsäge in das Oehr der Nadel eingehängt und, indem man dieselbe zurückzieht, hinter den Knochen durch und zu der unteren Einstichöffnung herausgeführt.

Digitized by Google

Bum glaubt, daß das Verfahren sowohl zu Hause wie in der Klinik diejenige Methode sei, welche über die Schwierigkeiten bei großer Beckenverengerung ohne Schädigung von Mutter und Kind am besten hinwegführt. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 32, 1906.)

Zur Vollendung der Geburt bei Beckenendlage. Von Bunge. Ref. G. Wiener, München.

Eine höchstens 2—3 mm dicke Hanfschnur wird mit einem etwa 8 mm langen und 5—7 mm dicken metallenen Fühlungsköpfchen versehen und auf dem Halse desselben ein über die Hanfschnur gezogener Gummischlauch mit einem Seidenfaden festgebunden. Für Beckenauslagen mit tiefstehendem Steiß genügt diese Hanfschnurschlinge vollkommen. Bei hochstehendem Steiß ist dagegen ein Schlingenführer unentbehrlich. Der Vf. hat 1885 dazu ein Modell empfohlen, das in der ganzen Länge der inneren Biegung so weit aufgeschlitzt ist, daß die Gummischlauch-Hanfschnurschlinge bequem in die Führungsrinne hineingedrückt werden kann. Der Preis ist für Schlinge und Schlingenführer zusammen je nach Güte des Gummis 6—7 Mark. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 21, 1906.)

Ein Beitrag zur Frage der mechanischen Fruchtabtreibung. Von Fritz Hehl. Ref. G. Wiener, München.

In Oesterreich besteht für den Arzt und die Hebamme die Verpflichtung (§ 359 des österreichischen Strafgesetzes), einschlägige verdächtige Fälle anzuzeigen. Anders liegen dieVerhältnisse in Deutschland. Der Arzt ist dort nicht verpflichtet, einen kriminellen Abort anzuzeigen, ja er darf vor Gericht darüber nicht einmal aussagen, wenn er nicht ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden wird. Nicht so selten erfolgen aber Untersuchungen in Fällen von Abort mit letalem Ausgang. Jedoch auch die Obduktion ergibt nicht immer genauen Aufschluß, da der Eihautstich immer seltener gemacht, sondern der Abort durch Injektion von Flüssigkeit eingeleitet wird. Der Grund dazu dürfte in dem Umstand zu suchen sein, daß es den gewerbsmäßigen Abtreibern sehr wohl bekannt ist, daß durch Injektionen viel schwerer nachweisbare Veränderungen an den Geschlechtsteilen verursacht werden, die einen vorgenommenen Eingriff verraten könnten. Die Anamnese zweier einschlägiger Fälle, die durch gute Zeichnungen illustriert werden, erläutern die obigen Ausführungen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 30, 1906.)

Extraktion des in parte abgerissenen zurückgebliebenen Kopfes. Von Rühl. Ref. G. Wiener, München.

Rühl will die Zange an dem über dem Beckeneingang stehenden abgerissenen Kopf nicht angewendet wissen, dagegen stehe nichts im Wege, die Zange anzulegen, wenn der Kopf in das kleine Becken eingetreten ist. Folgt aber auf den Extraktionsversuch der Kopf nicht, so muß sofort zur Perforation desselben und Extraktion mit dem Kranioklast übergegangen werden.

Dagegen sei die prinzipielle Empfehlung der Perforation einseitig und viel zu weitgehend. Die Aufgabe des Geburtshelfers sei es eben, für jeden einzelnen Fall das beste Verfahren auszuwählen. — (Zentralbl. f. Gynäk., Nr. 21, 1906.)

Ueber die durch die Kurette verursachten Uterusperforationen. Von E. Cheintziss. Ref. Fritz Loeb, München.

Die Gefahren der Perforation und gewisse, damit zusammenhängende Komplikationen können herabgesetzt werden durch die Anwendung von voluminösen Kuretten mit Ausschluß der Irrigationskuretten, durch die Ueberwachung des Fundus uteri, vermittels der außen aufgelegten Hand, durch die bimanuelle Untersuchung im Beginne des operativen Eingriffes, die Aufschluß über Volumen und Konsistenz des Uterus gibt, durch die digitale Ausräumung, im Falle Plazentarreste zurückgeblieben sind; zu gleicher Zeit kann man sich über den Zustand der Uteruswandungen informieren. Es ist anzunehmen, daß jeder zu kurettierende Uterus suspekte Wandungen besitzt und dies ganz besonders, wenn es sich um einen puerperalen Uterus handelt. Es ist darauf zu verzichten, die Ku-

Digitized by Google

rette noch einmal tief ins Uteruskavum einzuführen, nachdem sie bereits sehr tief eingedrungen war. Antiseptische Uterusirrigationen sind zu umgehen. Die Ausführung der Operation soll nur von erfahrenen Aerzten vorgenommen werden.

Die Perforation des Uterus vermittels der Kurette kommt relativ häufig vor. In der Mehrzahl der Fälle ist sie auf die Weichheit und Zerreißlichkeit des Uterusgewebes zurückzuführen. Die Perforation ereignet sich am häufigsten bei der Auskratzung von puerperalen, subinvolvierten und metritischen Uteris. Die Diagnose der Perforation ist relativ leicht, da sie auf einem ziemlich sicheren Symptom basiert: dem exagerierten Eindringen der Kurette; weitere Symptome wären: plötzlich auftretender Schmerz, starke Blutung, fehlender Rückfluß der Intrauterininjektion, Hernie und Einklemmung von Darmschlingen und von Epiploon, Peritonitis und Intoxikation. Die Perforation ist an und für sich ein gutartiges Trauma, das aber von schweren Komplikationen gefolgt sein kann, wie Peritonitis nach Infektion, Intoxikation des ganzen Organismus nach Injektion toxischer Flüssigkeit in den Peritonealraum (Sublimat etc.), Darmhernie und Darminkarzeration in der Uteruswand.

Man kann die Uterusperforationen oft vermeiden, wenn man die Lage, das Volumen und die Konsistenz des Uterus zum voraus bestimmt und diesen dann genügend fixiert; auch soll eine möglichst große Kurette in Anwendung kommen. Die Behandlung der Uterusperforation ist in gutartigen Fällen eine expektative; treten Komplikationen auf, dann muß eventuell zur Laparatomie geschritten werden; in ganz bestimmten Fällen kommt die vaginale Hysterektomie in Frage. Die intrauterine Sublimatinjektion und die Irrigationskurette sollen verlassen werden. — (Gynäkologia helv., Nr. 6, 1906.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Spirochaete pallida. Ref. E. Deutsch, Wien.

1. **Weitere Mitteilungen über den Nachweis der Spirochaete pallida im Gewebe.** Von E. Hoffmann und A. Beer.
2. **Ueber den Nachweis von Spirochaete pallida in tertiär syphilitischen Produkten.** Von Doutrelepont und Grouven.
3. **Spirochätenbefunde in den Organen kongenital syphilitischer Neugeborner.** Von H. Schlimpert.
4. **Ueber Befunde von Spirochaete pallida in den Nerven des Präputiums bei syphilitischer Initialsklerose.** Von S. Ehrmann.
5. **Ueber Beobachtungen an der lebenden Spirochaete pallida.** Von A. Beer.

1. Ein Fall von $6^1/_2$ Monate alter, unbehandelter Lues gab das Material zu vorliegender Arbeit; untersucht wurden Schnitte aus der exzidierten Inguinaldrüse und aus dem Randstück eines talergroßen, orbikulären Syphilides von der Schulterhaut.

Was die Lage der Spirochäte in der Drüse anlangt, so ist die Kapsel und der Randsinus bis auf vereinzelte in der Wand oder im Lumen von Blutgefäßen gelegene Exemplare frei. Im kleinzelligen Randgewebe der Follikel finden sich stellenweise zwischen den Zellen gelegene, fast stets wohlgeformte Spirochäten. Außerordentlich zahlreich sind sie in der Wand der das lymphoide Gewebe der Follikel und Trabekel durchziehenden Blutgefäße, auch das trabekuläre Bindegewebe weist sie in parallelen Zügen zwischen den Fibrillen auf, endlich wurden sie auch im Lumen von Lymphgefäßen aufgefunden.

In dem exzidierten Hautstück treten sie in den oberen Schichten der Kutis in den Papillen und in den tieferen Schichten des Rete Malpighi auf, am zahlreichsten im peripherischen Randwall des Infiltrats.

Als fürs Leukoderm zu verwerten, heben Hoffmann und Beer hervor, daß, soweit die Spirochäten im Rete vorgedrungen seien, das Pigment verschwinde. Auch hier ist die Vorliebe für die Blutgefäße sichtlich. Zum Schluß weist Hoffmann neuerdings auf den

Digitized by Google

Drüsenbefund hin und auf seinen bereits an anderer Stelle gemachten Vorschlag (gestützt auf die Möglichkeit eines derartigen Drüsenbefundes), den Beweis der Syphilis bei anscheinend gesunden Müttern kongenital syphilitischer Kinder auf diesem Wege zu führen, bezw. zu versuchen. Dazu stünden jetzt drei Wege offen: 1. Die mikroskopische Untersuchung des Drüsenpunktionssaftes, 2. die Impfung eines empfänglichen Tieres mit dem durch die Punktion gewonnenen Material und 3. Exzision einer Drüse und histologischer Nachweis der Spirochäten. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 22, 1906.)

2. Durch die Impfversuche von Finger-Landsteiner und Neißer ist das Vorkommen von Spirochäten im Gumma, bezw. die Infektiosität des Gummas sichergestellt; sonst wurden positive Befunde im Gumma eigentlich nur von L. Spitzer erhoben. Die Autoren hatten Gelegenheit, vier Fälle von Gummen zu untersuchen, in denen sämtlich die Anamnese in Bezug auf vorausgegangene Lues negativ war — und doch gelang der Nachweis der Spirochäten in den nach Levaditi behandelten Schnittpräparaten in allen vier Fällen. Allerdings war das Aufsuchen derselben äußerst mühsam; stundenlanges Suchen an zahlreichen Präparaten wurde schließlich durch das Auffinden einer oder weniger Spirochäten belohnt.

Neben den typischen Spirochäten war ein Befund auffallend, der von den Autoren auch sonst an Ausstrichpräparaten von Primäraffekten oder sekundären Efflorescenzen gemacht worden war, nämlich bei schwacher Vergrößerung spirochätenartig aussehende Gebilde, die bei näherem Zusehen aus feinen Körnchen zusammengesetzt erschienen, oder auch Formen, die vermöge ihrer Kürze und nicht ganz charakteristischen Form höchstens als mehr oder weniger deformierte Fragmente von Spirochäten angesprochen werden können und die sicherlich nur als Degenerationsformen von Spirochäten zu deuten seien. Ob neben den typischen Spirochäten und dem eben erwähnten, als Degenerationsform aufgefaßten Befund auch noch Dauerformen vorhanden sind, kann wohl erst bei genauer Kenntnis der Spirochäten in Reinkultur entschieden werden. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 23, 1906.)

3. Bisher gelang der Nachweis der Spirochaete pallida bei Lues congenita in folgenden Organen: Leber, Milz, Niere, Nebenniere, Darm, Pankreas, Lunge, Haut, Herzmuskel und Plazenta. Dem Autor gelang es, sie auch im Magen, Mesenterium und Mesenterialdrüsen, Gallenblase und Ductus choledochus, in peripherischen Nerven (Plexus solaris und Halsnerven), in der Zunge, in der Wangen- und Rachenschleimhaut, in den Tonsillen, Schilddrüsen und Thymus nachzuweisen.

Das Testmaterial lieferten fünf kongenital syphilitische Neugeborene. Ueber den Zusammenhang zwischen Spirochätenbefund und syphilitischen Gewebsveränderungen möchte Schlimpert vorderhand kein abschließendes Urteil fällen, wenngleich Beziehungen zwischen denselben offenkundig sind. Die Lagerung der Spirochäte betreffend, finden sie sich in der Regel interzellulär, wenn auch die intrazelluläre Lage vorkommen kann. Am zahlreichsten liegen sie in den Gewebsspalten und in unmittelbarer Nähe der Gefäße, auch in deren Wandungen häufig. Im Blute selbst sind sie nur spärlich vorhanden.

Die Spirochäten haben nach Schlimpert das Bestreben, an die Körperoberfläche, bezw. an die Oberfläche der Körperhöhlen zu gelangen, dafür spreche ihr Verhalten gegenüber dem Oberflächen- und Drüsenepithel; beide Arten des Epithels würden von der Spirochäte durchwuchert, und zwar interzellulär. Diese Eigenschaft sei hygienisch von größter Bedeutung, denn es müßten dann eben sämtliche Sekrete und Exkrete des syphilitischen Neugeborenen als infektiös angesehen werden, da ja die Spirochäten nach Durchwanderung des Epithels in dieselben gelangen. In dieser Beziehung sei es wichtig, speziell für Geburtshelfer und das Wartepersonal, zu betonen, daß auch das Fruchtwasser und die gesamte Hautoberfläche des syphilitischen Neugeborenen in-

Digitized by Google

fektiös sei. — (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 26, 1906.)

4. Schon gelegentlich früherer Arbeiten konnte Ehrmann feststellen, daß das Virus außer auf dem Wege der Lymphgefäße auch in den Gewebs(Lymph-)spalten fortschreite, daß diesem Fortschreiten eine Neubildung von Blutkapillaren entspreche und daß sich diese Kapillarnetze und Infiltrate häufig glatten Muskelfasern und Nervenbündeln anschließen.

Nach der Entdeckung der Spirochaete pallida bezw. nach dem Bekanntwerden der Levaditischen Färbungsmethode hat Ehrmann mit den Aerzten seiner Abteilung diesen Verhältnissen neuerdings sein Augenmerk zugewendet. Hatte er ursprünglich bloß erwartet, die Spirochäten nur in den das Nervenbündel begleitenden Lymphspalten der Nervenscheide zu finden, so konnte er nun zu seiner Ueberraschung konstatieren, daß sie nicht nur innerhalb der Nervenscheide, sondern auch im Nervenbündel selbst zwischen den Nervenfasern liegen. Innerhalb der Nervenscheide finden sie sich in dem zu Lebzeiten wahrscheinlich Lymphe führenden Hohlraum (zwischen Scheide und Bündel) in ringförmiger Anordnung um das Nervenbündel zu unregelmäßigen Massen oder Bündeln verfilzt, innerhalb des Nervenbündels liegen sie im Neurilemm (Schwanscher Scheide), scheinen aber in die Markscheide nicht zu dringen. Entzündungserscheinungen an den Nervenbündeln sind nicht zu konstatieren, wohl aber zeigt das Bindegewebe um die Nervenscheide streifenförmige oder knotige Infiltrationsherde und in diesen zahlreiche Spirochäten.

Es ist also zweifellos, daß die Spirochäte längs der Lymphspalten des Bindegewebes an und in die Nervenscheide gelangt, und man könne auch annehmen, daß sie auf diesem Wege sogar ziemlich weit zentralwärts gelangen könne, und es wäre nicht unmöglich, daß sie später zu den parasyphilitischen Nervenerkrankungen (Tabes) führen. Diesbezügliche Untersuchungen sind der Zukunft vorbehalten. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 28, 1906.)

5. E. Hoffmann gelang es, in mit Vaselin umrandeten Deckglaspräparaten Balanitis- und Mundspirochäten mehrere Wochen lebend zu beobachten und bei Zusatz eines Tropfens von Bouillon sogar eine Vermehrung zu konstatieren. Mit der gleichen Methode stellte Beer auch seine Untersuchungen an der Spirochaete pallida an.

Wie bereits von den Entdeckern der Spirochaete pallida angegeben wurde, sieht man an derselben zwei Arten von Bewegungen, nämlich Rotation um die Längsachse und Beugebewegungen des ganzen Körpers. Diese beiden Bewegungen sind an der frei schwimmenden Spirochäte ziemlich regellos zu beobachten; hat sie sich aber mit ihren Endfäden an ein festes Gebilde (Blutkörperchen oder Epithelzelle) fixiert, so sieht man stärkere Rotationsbewegungen, als wollte sie sich korkzieherartig in die Zelle einbohren, ein wirkliches Eindringen aber konnte Beer nie mit Sicherheit konstatieren. Da nach Verlauf von einigen Tagen die Zellen zerfallen, die Gelegenheit zum Fixieren daher benommen ist, so sieht man dann neuerdings viel mehr frei schwimmende Spirochäten, doch läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob eine Vermehrung der Spirochäten stattfindet.

Teilungen an der lebenden Spirochaete pallida hat Beer nicht beobachtet, wohl aber solche an der Spirochaete balanitidis; es entsteht dann die auch anderwärts bereits beschriebene Y-Form. Bewegungslose Spirochäten streckten sich vollkommen, wiesen körnchenartige Verdickungen (Degenerationserscheinungen?) auf, um dann vollständig zu verschwinden. Bei Zusatz von Bouillon wird die Spirochäte bald von Streptokokken überwuchert; in physiologischer Kochsalzlösung hält sie sich ebensolange, als im Reizserum. In diesen Medien hielten sie sich durch viele Wochen (zur Zeit der Publikation 33 Tage) lebend; besondere Vorrichtungen bezüglich Konstanz der Temperatur waren nicht nötig.

Bei der Einfachheit dieser Art von Beobachtung dürfte in Zukunft das native Präparat auch für den Kliniker eine größere Rolle spielen. Die Möglich-

Digitized by Google

keit des langen Lebendigerhaltens in luftdicht abgeschlossenen Deckglaspräparaten scheint darauf hinzudeuten, daß die Spirochaete pallida anaërob lebt und nur anaërob zu züchten sein wird, wie ja Mühlens die Kultur der Mundspirochäten unter anaëroben Bedingungen bereits gelungen ist. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 30, 1906.)

Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Von A. Wassermann, A. Neißer und C. Bruck. Ref. E. Deutsch, Wien.

Das von Wassermann und Bruck bereits bei einigen Infektionskrankheiten benutzte Verfahren zum Nachweis von Antikörpern besteht im wesentlichen in der Beobachtung der Komplementablenkung bei eiweißpräzipitierenden Seris, mittels deren es gelang, in Organextrakten und Körpersäften das Vorhandensein einerseits gelöster Substanzen der Mikroorganismen und anderseits spezifischer Antikörper gegen diese Substanzen nachzuweisen. Diese Komplementablenkung oder Bindung äußert sich darin, daß bei Hinzufügung eines hämolytischen Serums die Hämolyse in dem vorher zugeführten Komplement ausbleibt.

Wenn man dementsprechend Affen mit Blut sekundär syphilitischer Menschen (oder mit Extrakt aus primär syphilitischen Bubonen und von Condylomata lata oder mit Extrakt aus Organen und Knochenmark hereditär luetischer Kinder und Föten oder mit Organ- und Knochenmarksextrakten von Affen, nach positiver Impfung) vorbehandelt und das Serum dieser Affen mit Extrakten aus den Organen hereditär syphilitischer Kinder und Föten (oder mit Extrakten aus der Plazenta sekundär syphilitischer Mütter oder mit Extrakten aus Primäraffekten und Condylomata lata oder mit den Organ- und Knochenmarksextrakten von Affen, 7—8 Wochen nach positiver Impfung) zusammenbringt, so tritt Hemmung der Hämolyse ein, als Beweis, daß 1. in dem hergestellten Affenimmunserum Antikörper gegen spezifisch syphilitische Substanzen und 2. in den untersuchten Extrakten diese Körper sich selbst befinden.

Es ist selbstverständlich, daß durch eine Reihe von Kontrollversuchen andere Ursachen für die Hemmung der Hämolyse ausgeschaltet wurden, so daß man wirklich von einer serodiagnostischen Reaktion auf syphilitisches Material sprechen kann. Die Bedeutung dieser Reaktion liegt einmal darin, zu bestimmen, ob in einem zu prüfenden Serum Antikörper (und in welcher Menge) vorhanden sind und 2. mit ihrer Hilfe den Nachweis zu führen, ob ein bestimmtes Organ syphilitische Substanzen beherbergt. Von der größten Bedeutung wäre es, könnte man im kreisenden Blute Lueskranker regelmäßig den Nachweis führen, ob syphilitische Stoffe oder Antikörper in denselben vorhanden sind; in einigen Fällen gelang dies wirklich, in anderen nicht. Es hängt dies vielleicht davon ab, daß es bis jetzt noch nicht gelungen ist, ein hochwertiges spezifisches Serum herzustellen. — (Deutsch. med. Wochenschr., Nr. 19, 1906.)

Kinderheilkunde.

Bemerkungen über einige Varietäten von Hernien im Kindesalter. Von E. Scott Carmichael, Edinburgh. Ref. A. Haas, München.

Vf. bespricht zunächst die geeignetste Zeit zur Operation der Hernien im Kindesalter. Er befürwortet, wenn möglich, die Zeit nach den ersten vier Lebensmonaten zu wählen, da dann die Haut nicht mehr so leicht zu Ekzemen geneigt ist. Anderseits ist die Zeit unmittelbar nach dem achten Monat ungünstig zur Operation, weil die Kinder dann wegen der Dentition und deren Begleiterscheinungen zu gewissen Erkrankungen, besonders der Verdauungsorgane, geneigt sind. Zu den Gefahren der Operation gehören im Kindesalter die oft unstillbaren Diarrhöen, besonders bei Kindern unter einem Jahr. Vf. hat von 152 Fällen, zwei an solchen Komplikationen verloren, außerdem ein drittes, drei Wochen altes Kind, mit eingeklemmter Hernie, durch Nekrose der Haut; diese drei Todesfälle entsprechen einer Sterblichkeit von 6%.

Digitized by Google

In 44 Fällen handelte es sich um kongenitale Hernien, und zwar waren es 39 Fälle von Hernia inguinalis congenita funicularis, fünf von Hernia testicularis vaginalis.

Sechsmal waren es eingeklemmte Hernien, darunter fünf Kinder unter einem Jahr.

Der Inhalt des Bruchsackes, so weit er zu Gesicht kam, bestand neunmal aus Cökum und Appendix, achtmal aus Dünndarm, dreimal aus Blase, zweimal aus Netz und einmal aus Flexura sigmoida.

In acht Fällen bestand zugleich eine Hydrocele Faniculi spermatici, in vier Fällen war der Bruchsack tuberkulös.

Von den 152 Kindern waren nur zwölf Mädchen; bei zwei Mädchen bestand der Bruchinhalt aus Ovarium und Tube:

Das Ovarium, rät Vf., wenn es nicht krankhaft aussieht, zu reponieren, eventuell mit Resektion eines Teiles der Bruchsackwand. Die prinzipielle Entfernung solcher Ovarien ist ungerechtfertigt, da es sich meist um funktionsfähige Organe handelt. — (Brithish Medical Journal, Nr. 2353, 1906.)

Ueber akute Knochenerkrankungen im Kindesalter. Von Edmund Owen, London. Ref. A. Haas, München.

Vf. bespricht ausführlich die Pathologie und Therapie der akuten Osteomyelitis. Insbesondere berücksichtigt er die Fehldiagnosen, die dem Praktiker am häufigsten unterlaufen, also Gelenkrheumatismus und Erysipel. Die Osteomyelitis ist eine typische Erkrankung des wachsenden Knochens; am häufigsten befällt sie Femur und Tibia. Gewöhnlich geht ein Trauma als Gelegenheitsursache voraus; dem entspricht, daß sich in Bezug auf Häufigkeit der Erkrankung Knaben zu Mädchen wie 5:3 verhalten, da Knaben Traumen natürlich weit mehr ausgesetzt sind. Der Praktiker, dem die Krankheit schon öfter vorgekommen ist, wird sich selten in der Diagnose irren: Die Schwere der Erscheinungen, die große Prostration, die relativ häufigen Delirien, das hohe Fieber und last not least die an dem befallenen Knochen durch Infiltration des Periosts und des anliegenden Muskelgewebes hervorgerufene und gewöhnlich leicht nachweisbare Verdickung lassen in der Regel keinen Zweifel an der Natur der Erkrankung. Da bei manchen Individuen die Epiphysen spät verknöchern, das Knochenwachstum also länger andauert, so sieht man die Erkrankung auch noch anfangs der Zwanzigerjahre, z. B. gar nicht selten bei Soldaten auftreten.

Therapeutisch empfiehlt Vf. die breite Eröffnung des Knochens von einem äußern Schnitte zwischen Tractus iliotibialis und Bizeps-Sehne aus.

Von Komplikationen sind zunächst pyämische Erscheinungen (Gelenkschwellung, Endokarditis) zu erwähnen, Symptome, die in manchen Fällen eine Verwechslung mit schwerem Gelenkrheumatismus begreiflich erscheinen lassen.

Des Oefteren kommt es durch Durchbruch zur Vereiterung benachbarter Gelenke; in solchen Fällen kann, wenn Inzisionen, Drainage des Gelenks nicht genügen, die Amputation in Frage kommen. — Ueber die Wirkung des Antistreptokokkenserums bei der Osteomyelitis ist ein abschließendes Urteil noch nicht möglich. — (Brith. med. Journ., Nr. 2353, 1906.)

Die Behandlung der dyspeptischen Säuglinge. Malzsuppe und diastasische Mehlnahrung. Von Terrien, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Die Diastasierung der Mehlnahrung durch Malz bildet in der Säuglingsernährung deutliche Vorteile. Jedoch sind auch Mißerfolge sehr häufig; sie rühren einmal her von der Verwendung zu alten oder zu feuchten und daher inaktiven Malzes, häufiger aber von der falschen Technik bei Herstellung der Malzsuppe. Je nach der Temperatur, bei welcher man die Malzdiastase auf das Mehl einwirken läßt, bekommt man die verschiedensten Produkte: man erhält entweder eine vollständige Saccharifikation der Stärke mit Bildung von Maltose (bei 57—60°) oder eine unvollständige mit Bildung von Maltose, Dextrinen und Maltodextrinen (bei 60 bis 75°) oder überhaupt keine Umwandlung in Zucker, sondern nur einfache Verflüssigung der Stärke (bei 75—90°). Wider

Digitized by Google

Erwarten fand Vf., daß die Kinder die Malzsuppe am besten ertragen, wenn die Stärke einfach verflüssigt war, während die saccharifizierte Nahrung häufig unangenehme Wirkungen hatte. Von Vorteil ist es, die Diastase in einem Infus von 55—60° schon vorher zu extrahieren. Man läßt sie dann bei einer konstanten Temperatur zwischen 75 und 90° (Optimum 80°) auf das Mehl einwirken. Die Methoden von Keller und Sevestre arbeiten mit veränderlicher Temperatur und sind deshalb in ihren Resultaten verschieden.

Bei Kindern unter drei Monaten bedarf die Ernährung mit Malzsuppe besonderer Vorsicht; sie soll in diesem Alter nicht zu lange fortgesetzt werden. — (Journ. des Pratic., Nr. 9, 1906.)

Die Intoleranz gewisser Säuglinge gegenüber der Milch. Von A. Marique, Brüssel. Ref. Einstein, Stuttgart.

Wenn ein Säugling die Milch — Frauen- oder Kuhmilch — nicht erträgt, so liegt dies meistens an der fehlerhaften Darreichung (zu häufiges Füttern, zu große Nahrungsmengen u. s. w.) oder an einer falschen Zusammensetzung der Milch (zu viel Fett, Zucker etc., Gehalt an Toxinen u. s. w.). Es kommen jedoch Fälle vor, wo die Milch bei guter Hygiene und tadelloser Zusammensetzung von gewissen Säuglingen nicht ertragen wird. Das eine Mal besteht eine Intoleranz gegenüber der Milch einer bestimmten Frau, ein anderes Mal gegen Frauenmilch überhaupt, wieder andere Kinder ertragen weder Frauen- noch Kuhmilch und gedeihen nur bei Eselmilch oder nur bei Buttermilch. Die Ursache dieser Intoleranz ist unbekannt. Die Behandlung hat zuerst die Ernährungsweise zu regeln und etwaigen Ueberreichtum der Milch an Fett dadurch zu beseitigen, daß die Stillende zu mehr vegetarischer Kost und reichlicher körperlicher Bewegung angeleitet wird. Hilft dies nicht, so geht man zu Ammenmilch über oder, wenn auch diese versagt, zu Kuh-, Eselsmilch, Buttermilch oder Malzsuppe, bei anderen muß zuerst der Darmkatarrh unter Wasser- und Gemüsesuppendiät ausheilen, bevor man zu mehr konsistenter Nahrung übergeht. — (Journ. médical. de Bruxelles, Nr. 15, 1906.)

Ueber die Prophylaxe der Blenoorhöe der Neugebornen. Von J. Thilo. Ref. G. Wiener, München.

Vom 1. Jänner 1905 bis 30. Mai 1906 wurden in der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig 2000 Kinder mit Argentum nitricum behandelt. Und zwar wurde in das rechte Auge eine 1%ige und in das linke eine 2%ige Lösung eingeträufelt. Dann folgt stets Nachspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. Von diesen 2000 Kindern bekamen nur fünf Blennorrhöe, und zwar drei auf beiden Augen und zwei auf dem linken Auge. Sicherer wirkt jedoch noch das Argentum aceticum. Eine 1%ige Lösung des letzteren machte geringere Reizerscheinungen und hat außerdem durch den Umstand, daß es nicht konzentrierter als 1·2%ige werden kann, die Eigenschaft, auch in der Hand der Hebamme sicher und unschädlich zu sein, was letzteres von dem Argentum nitricum nicht mit Gewißheit vorauszusetzen ist. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 33, 1906.)

Das Opium bei jungen Kindern. Von Gillet, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

Für das Kindesalter sind bekanntlich sehr stark fraktionierte Dosen der Opiumpräparate vorgeschrieben: z. B. für Morphin. hydrochl. $^1/_2$ mg als Tagesdosis pro Lebensjahr, für Dowersches Pulver 5 cg. Gillet fürchtet sich zwar nicht, diese geringen Dosen, wenn nötig, zu überschreiten — er beginnt dabei mit sehr schwachen Gaben und steigt allmählich — empfiehlt aber doch im allgemeinen das Opium durch den Mohn, „das Opium des Kindes“ zu ersetzen: Mohnblütenblätterinfusion oder -Dekokt 10—20:1000 oder Mohnsirup, 5 g für jedes Lebensjahr, z. B.

Mohnsirup 20·0
Sirup spl. 40·0

Für ein 4jähriges Kind alle $1^1/_2$ Stunden einen Teelöffel. — (Journ. des Pratic., Nr. 9, 1906.)

Digitized by Google

Von der 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart

17. bis 22. September 1906.

Abteilung für Chirurgie.

Methoden und Aufgaben der Chirurgie der Halsorgane. Von Themistokles Gluck.

Vortragender glaubt, daß die Tuberkulose des Larynx genau so eine lokale Tuberkulose sei, wie die der Gelenke. Im Gegensatz zu B. Fränkel behauptet er, daß die Totalexstirpation des Kehlkopfes hier eine große Zukunft habe.

Klar, München.

Ueber die Wichtigkeit der Ausfüllung hohler Räume in der Chirurgie. Von Oskar v. Hovorka, Wien.

Vortragender weist darauf hin, daß sich zur Ausfüllung hohler Räume am besten die Jodoformplombe von Mosetig eigne. Leider sei diese bisher zu wenig bekannt und werde trotz der glänzenden Erfolge Mosetigs nur verhältnismäßig wenig angewendet. Nach den Untersuchungen Silbermarks handelt es sich in der Plombenmasse um Veränderungen nicht entzündlich destruierender, sondern ausschließlich proliferativer Natur, und die Plombe wird allmählich durch echtes junges Knochengewebe vollständig ersetzt. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß Mosetig in seinen bisherigen 1500 Fällen keinen einzigen Mißerfolg gehabt hat; auch einen Fall von Jodoformintoxikation hat er bisher noch niemals erlebt.

Klar, München.

Zur Lehre von der angeborenen Hüftverrenkung. Von Bade, Hannover.

Nachdem Bade einen Beitrag zur Aetiologie der angeborenen Hüftverrenkung gebracht hat, der beweisen soll, daß die Aetiologie nicht einheitlich ist — es handelt sich um drei Fälle, bei denen zum Teil der Femurkopf nicht vorhanden war, also in denen eine schleichende Erkrankung angenommen werden mußte, die den Kopf zum Schwund gebracht hatte, zum Teil um eine Resorption des Kopfes während der Behandlung — stellt er verschiedene Fälle von geheilten angeborenen Hüftgelenkverrenkungen vor.

In jedem dieser Fälle war seine Behandlung eine etwas verschiedene. In dem einen Falle wurde eine kurze Fixationsperiode durchgeführt, weil bei der Reposition die primäre Stabilität sich als gut erwies. Ein anderer Fall wurde langdauernd fixiert, mit Kniekappenzug ein Druck des Femurkopfes gegen die Pfanne erzwungen und später durch richtige funktionelle Belastung in starker Abduktion und bei erhöhter Sohle auf der gesunden Seite eine weitere Aushöhlung der Pfanne und eine sichere Festigkeit des Kopfes erreicht. Es war dies ein Fall, der zur vollkommenen anatomischen und funktionellen Heilung führte, obwohl er fünf Jahre vorher infolge einer ungenügend entwickelten Technik reluxiert war.

An zwei doppelseitigen, funktionell und anatomisch vollständig geheilten Fällen setzt B. die Grundsätze auseinander, nach denen er die doppelseitige Luxation behandelt. Einzeitig, wenn die Kinder älter sind und sich nahe der Altersgrenze befinden, unterhalb der überhaupt noch eine Einrenkung zweckmäßig ist, zweizeitig, wenn die Kinder jung sind und die primäre Stabilität beider Hüften ungleich ist; in diesem Falle renkt B. zuerst die günstige Seite ein und später die ungünstige, weil er diese dann durch funktionelle Belastung, die dem vorher eingerenkten Gelenk nichts mehr schaden kann, noch zur Heilung bringt. Endlich demonstriert er einen geheilten Fall von Destruktionsluxation. Er ist der festen Ueberzeugung, daß bei geeigneter Technik in jugendlichem Alter jetzt stets die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung zur vollkommenen Heilung führen muß.

Klar, München.

Digitized by Google

Kombinierte Sitzung der Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Neurologie-Psychiatrie.

Ueber den Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit chirurgischer Krankheiten. Von Thiem, Cottbus.

Zur Zeit der Einführung der Unfallgesetze war das Hauptaugenmerk der Chirurgen auf die bakterielle Forschung und nach der Errungenschaft der Asepsis auf die Operationen gerichtet, die man bisher ihrer Gefährlichkeit halber nur selten gewagt hatte, wie z. B. die meisten mit Eröffnung der Bauchhöhle verbundenen Operationen, wodurch naturgemäß die Chirurgie der Verletzungen etwas in den Hintergrund trat.

Durch die Unfallgesetzgebung ist wieder eine lebhaftere Betätigung auf diesem praktisch wichtigen Gebiete bei allen Chirurgen angeregt worden. Die Unfallstatistiken haben uns die Ueberzeugung gebracht, daß unsere früheren Statistiken als nicht abschließend in Bezug auf Heilungsdauer und -Erfolg angesehen werden können. Die wohlwollende Beurteilung der Unfallverletzten erklärt den großen Unterschied zwischen den neuen und den älteren chirurgischen Statistiken nicht; die letzteren erstrecken sich auf eine zu kurze Behandlungs- und Beobachtungszeit und waren bezüglich der späteren auch lückenhaft. Jetzt können die Unfallverletzten dank der zeitlich viel weniger beschränkten und auch sonst nicht engherzig gehandhabten Fürsorge der Berufsgenossenschaften viel länger behandelt und beobachtet und bis an ihr Lebensende nachuntersucht werden. Deshalb sollen gerade die Chirurgen immer die Notwendigkeit betonen, daß die berufsgenossenschaftliche Fürsorge für die Verletzten sofort und nicht erst nach 13 Wochen eintritt. Denn daraus ergibt sich die unglückselige Zweiteilung der Behandlung in Kassen- und Berufsgenossenschaftsbehandlung, in primäre chirurgische und in Nachbehandlung, gewöhnlich in mediko-mechanischen Instituten.

Die erste chirurgische Behandlung ist aber entscheidend für das Schicksal des Verletzten, auch in funktioneller Beziehung, und deshalb ist auf ihre sorgfältige Ausführung der größte Wert zu legen; sie kann niemals durch die medico-mechanische Behandlung nachher ersetzt, sondern nur unterstützt werden, was so früh wie möglich zu geschehen hat. Deshalb sollten alle Unfallkrankenhäuser auch auf die primäre chirurgische Behandlung oder noch besser alle chirurgischen Krankenhäuser auf die Nachbehandlung eingerichtet sein. Diese hat aber keineswegs nur in der Benutzung maschineller medico-mechanischer Apparate zu bestehen, sondern diese ist nur eines der vielen Unterstützungsmittel des Chirurgen bei der Behandlung Unfallverletzter; außer diesem sind noch manche anderen Hilfsmittel wertvoll, so die eigentliche orthopädische Behandlung, Massage und passive, von dem Arzt selbst vorzunehmende Bewegungen, das deutsche Freiturnen, die elektrische Behandlung, die Thermalbehandlung mit Wasser-, Sand-, Moor-, Fangobädern, die Heißluftbehandlung, die Anwendung der neuen Bier-Klappschen Saugapparate und manches andere. Die Chirurgie verdankt der Unfallliteratur, was Vortragender an einer Uebersicht nachweist, die Kenntnis mancher neuer Krankheiten und neue Erfahrungen über bekannte Krankheitsbilder, namentlich auch auf den Grenzgebieten ihres Sonderfaches. Die Unfallgesetzgebung hat unzweifelhaft die Rücksichtnahme der Chirurgen auf die funktionelle Heilung verschärft und auch in anderer Beziehung die Therapie gefördert, doch läßt sich das bei den vielen anderweitigen Einwirkungen neuer Errungenschaften (Asepsis, Röntgen-Verfahren etc.) nicht im einzelnen nachweisen.

Im allgemeinen haben die deutschen Chirurgen allen Grund, dankbar die Vorteile anzuerkennen, die ihnen und ihren Patienten die Unfallgesetzgebung gebracht hat. Sie sollen daher an diesem großen Humanitätswerke rastlos weiter mitarbeiten, ohne ihren wissenschaftlich-kritischen Standpunkt zu verlassen, wie dies beispielsweise leider in manchen Statistiken über Geschwulstentstehung nach Trauma geschehen ist. Die Verletzten sollen zwar nicht unter unserer Unkenntnis der Ursachen mancher Krankheiten leiden, aber wir dürfen auch nicht zu ihren Gunsten

Digitized by Google

die Unwahrheit sagen. Ohne sehr erfahrene Aerzte ist die Unfallgesetzgebung nicht durchführbar, sie sind nicht nur die Helfer der Verletzten und Kranken in ärztlicher Beziehung, sondern auch die eigentlichen idealen Richter über ihr späteres materielles Wohl und Wehe.

Klar, München.

Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf der Nerven- und Geisteskrankheiten.
Von Gaupp, München-Tübingen.

Der Vortragende legt zunächst dar, daß die Unfallgesetzgebung selbst nur auf eine bestimmte Form von Krankheiten einen unmittelbaren Einfluß ausübe, auf die sogenannten „traumatische Neurosen" (Unfallneurosen). Sie sind keine besonderen Krankheiten von klinischer Selbständigkeit; eigentümlich ist ihnen nur die besondere Entstehung (nach einem Unfall). Es gibt keine „traumatische Neurose", sondern nur traumatische Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie etc. Diese Unfallneurosen kommen nach Unfällen leichter und schwerer Art vor; die Stärke und Art der Verletzung ist ohne wesentlichen Einfluß auf die Schwere und Dauer der Neuropsychose. Nach nicht entschädigungspflichtigen Verletzungen sind diese Erkrankungen selten; vor allem dauern sie alsdann nicht so lange. Gaupp schildert, welchen Einfluß das Gesetz auf die Psyche des verletzten Arbeiters ausübt. Den Kern des Leidens machen krankhafte Vorstellungen (Angst, seelische Unruhe, gespannte Erwartung auf den Ausgang des Rentenverfahrens, falsche Vorstellungen über die Voraussetzungen des Rentenbezuges) aus; den „objektiven Symptomen", die bei der körperlichen Untersuchung festgestellt werden, kommt nur geringer Wert zu. Aengstliche und mißmutig-gereizte Stimmung und der Glaube, nicht mehr arbeiten zu können, sind die wichtigsten Krankheitszüge.

Warum hatte die Unfallgesetzgebung diesen unerwünschten Einfluß? Zur Zeit, als sie ins Leben trat, war das soziale Leben raschen und bedeutenden Wandlungen unterworfen. Gaupp kennzeichnet den „nervösen Seelenzustand der modernen Zeit", den Einfluß der chronischen Trunksucht auf die Energie der arbeitenden Klassen, die veränderten politischen Anschauungen und Stimmungen der Arbeiter, ihre anfänglich mißtrauische oder selbst feindselige Stellung gegen die ganze soziale Gesetzgebung, ihre oft irrigen Vorstellungen über ein vermeintliches Recht auf Rente als eines Schmerzensgeldes. Als Uebelstände im einzelnen werden genannt: Die Sorge für den Verletzten liegt anfänglich bei den Krankenkassen statt gleich bei den Berufsgenossenschaften. Das Gesetz verlangt leider keine genaue schriftliche Fixierung des ärztlichen Befundes sofort nach dem Unfall. Das Rentenfestsetzungsverfahren dauert zu lange.

Das Gesetz selbst ist für den Arbeiter zu schwer verständlich. Nach erstmaliger Rentenfestsetzung gelangt der Verletzte nicht zur Ruhe, die häufigen Nachuntersuchungen schaden; einmalige Abfindung ist leider nur bei niedrigen Renten und nur auf Antrag des Verletzten möglich. Die Uneinigkeit der Aerzte ist umso verhängnisvoller, als nach dem Wunsche des Gesetzgebers der Verletzte den wesentlichen Inhalt der über ihn erstatteten Gutachten erfährt. Die Aerzte urteilen im Gefühl der Unsicherheit und der großen Verantwortung oft zu milde, empfehlen Vollrente und schaden damit dem Arbeiter, machen ihn zum unglücklichen und untätigen Hypochonder. Die Frage des Arbeitsnachweises für teilweise erwerbsfähige Unfallkranke ist im Gesetz nicht erörtert. Eine Kürzung der Rente ist nur bei Nachweis wesentlicher Besserung zulässig; dieser Nachweis ist bei der subjektiven Natur der Symptome selten zu führen. Die Prognose des Leidens ist weniger von dem speziellen Symptomenbild, als von der Eigenart des Verletzten und von der Gestaltung des Rentenkampfes abhängig; auch wirken chronischer Alkoholismus, Milieueinflüsse oft schädlich. Sehr oft ist der Verlauf ein ungünstiger. Bisweilen beobachtet man frühzeitiges Altern, frühe Arteriosklerose.

Zur Beseitigung der geschilderten Uebelstände empfiehlt Gaupp richtige Schulung der Aerzte, Vermeidung aller schädlichen Suggestionen von ihrer Seite,

Digitized by Google

humanes, aber bestimmtes Auftreten, sorgfältige neurologische Untersuchung; er warnt davor, aus falschem „Humanitätsgefühl" den Verletzten auf Kosten Anderer Wohltaten zu erweisen. Krankenhausbehandlung ist meist zwecklos, oft schädlich. Häufige Kontrolluntersuchungen sind zu verwerfen. Die Fürsorge für den Verletzten soll von Anfang an nur bei den Berufsgenossenschaften liegen. Namentlich empfiehlt Gaupp einmalige Kapitalsabfindung. Er macht hier folgenden Vorschlag: Nach Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall steht der Berufsgenossenschaft das Recht zu, nach Anhörung eines ärztlichen Kollegiums von wenigstens drei Aerzten, von den zwei den Verletzten schon früher untersucht hatten, diesen mit einmaliger Auszahlung eines bestimmten Kapitals abzufinden, wenn nach dem einstimmigen Ausspruch der Aerzte die Verletzung selbst völlig geheilt ist und die übriggebliebenen Störungen im Verlauf der letzten 12 Monate objektiv keine Verschlimmerung erfahren hatten. Die einmalige Abfindung soll nur dann stattfinden, wenn nach dem Ausspruch der Aerzte die endgiltige Erledigung der Rentenfrage im gesundheitlichen Interesse des Unfallkranken selbst liegt.

Klar, München.

Abteilung für Kinderheilkunde.

Weitere Studien über die Durchlässigkeit des Magendarmkanals für Bakterien. Von Albert Uffenheimer, München.

Vortragender gibt die Resultate von Prodigiosusfütterungsversuchen am erwachsenen Kaninchen bekannt, um an ihnen zu zeigen, wie außerordentlich kompliziert und schwer Bakterienfütterungsexperimente zu beurteilen sind, und um schließlich eine Technik abzuleiten, die völlig zweifelsfreie Resultate gibt. Die Versuche wurden mit einer sehr exakten Methodik vorgenommen; bei der Untersuchung und Verarbeitung der Organe der mit dem Prodigiosus gefütterten Tiere wurden stets ungefähr 100 Kulturen als Ausgangsmaterial aus den verschiedenen Organen angelegt, von diesen wurde dann wieder weitergeimpft, wo es nötig erschien; es wurde eine lange Beobachtungsfrist innegehalten, so daß die Resultate möglichst präzise sein müssen. Es zeigte sich, daß nach trockener Verfütterung des Bazillus dieser sich regelmäßig in den Lungen nachweisen ließ, auch wenn alle übrigen Organe völlig frei von ihm waren. Da hiedurch der Gedanke an eine Aspiration der Bazillen von der Mundhöhle aus nahegelegt wurde, wurden diese als Klysma, in physiologischer NaCl-Lösung suspendiert verabreicht, wobei durch Einfatschen der Versuchstiere dafür gesorgt war, daß diese den Prodigiosus nicht am Körper verschmieren konnten (immer auch Luftkontrollen). Auch hier fand sich der Prodigiosus immer in der Lunge. Auch das Vorbinden einer Maulkappe änderte niemals etwas an dem Resultat. Nachdem sich nun durch Untersuchung des Inhaltes der verschiedenen Darmabschnitte und des Magens gezeigt hatte, daß der Prodigiosus innerhalb vier Stunden nach der Verabreichung per rectum den Magendarmkanal der Peristaltik entgegen nach oben hin bis zum Magen durchwandert, und daß er sich nach dieser Frist oft in ganz außerordentlichen Mengen schon im Magen findet, lag der Gedanke nahe, daß der Bazillus auch weiterhin den Oesophagus hinauf in die Rachenhöhle wandert, und daß er dann von hier aus, besonders durch die dem Tode der Versuchstiere vorausgehenden tiefen Atemzüge in Trachea und Lungen aspiriert wird. Es ließ sich dies auch durch eine Anzahl von Experimenten ganz einwandfrei erweisen, speziell blieb nach der Unterbindung des Oesophagus der Prodigiosus (außer in den pathologischen Fällen, wo er auch in anderen Organen nachweisbar war) ganz regelmäßig aus der Lunge weg. Diese neuen Tatsachen werfen insbesondere ein Licht auf die Untersuchungen von Schloßmann und Engel, die Tuberkelbazillen durch Laparotomie in den Magen von Meerschweinchen einbrachten und wenige Stunden später in den Lungen dieser Tiere Tuberkelbazillen nachweisen konnten, indem sie Lungenteilchen auf neue Meer-

Digitized by Google

schweinchen verimpften. Vortragender glaubt, daß die Befunde der genannten Autoren lediglich durch diese, ihnen noch unbekannte Fehlerquelle zu erklären sind, und daß somit ihre Experimente den von ihnen angestrebten Beweis nicht erbringen können, daß die Tuberkelbazillen auf demselben Wege wie die Nahrung, also auch mit etwa derselben Geschwindigkeit den Darm passieren können.

Klar, München.

Beitrag zur Kenntnis der Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilchernährung. Von Ludwig F. Meyer, Berlin.

Um darüber klar zu werden, welcher Bestandteil der Kuhmilch als Ursache ihrer Schwerverdaulichkeit angesprochen werden muß, verabreichte Vortragender an je drei Kinder zweierlei Nährgemische, von denen das eine aus Frauenmilchmolke, Kuhmilchfett und Kuhmilchkasein bestand, während das zweite die Molke der Kuhmilch und Fett und Kasein der Frauenmilch enthielt. Die Labgerinnung der Frauenmilch erreichte Vortragender durch Kälteanwendung und Zufügen ganz geringer Mengen Salzsäure. Die Kinder zeigten bei der Ernährung mit Brustmilchmolke, Kuhmilchfett und -Kasein gute und regelmäßige Zunahme, genau wie bei Brustmilchernährung.

Ganz anders war das Resultat beim zweiten Nährgemisch, das Kuhmilchmolken, Frauenmilchfett und -Kasein enthielt; schon nach zwei Tagen zeigten die Kinder Störungen der Ernährung, die beiden kräftigeren Kinder die Symptome der Dyspepsie: häufige, grüne, dünnflüssige Stuhlentleerungen, erhöhte, stark schwankende Temperaturen, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens etc., so daß die Gewichtsabnahme in acht Tagen 130 g in beiden Fällen betrug.

Bei dem dritten, untergewichtigen Kind entwickelte sich das typische Bild des Enterokatarrhs: Temperatur 39·3, wässerige, spritzige Stühle, Benommenheit etc.; Gewichtsverlust in vier Tagen 340 g. Dabei zeigte sich während der Dyspepsie des einen Kindes der typische Kaseinbröckelstuhl der Biedertschen Schule, der dieser das Zeichen der gestörten Kuhkaseinverdauung ist. Hier aber trat dieser Stuhl auf bei einer Nahrung, die nur das Kasein der Frauenmilch enthielt.

Die Unterschiede in der Wirkung zwischen Frauen- und Kuhmilch dürfen also nicht mehr in den verschiedenen Kaseinen und deren leichter oder schwerer Verdaulichkeit gesucht werden. Die gute Verdauung und Assimilation des Kuhkaseins spricht ferner gegen die Bedeutung des arteigenen Eiweißes in der Ernährung. Der Hauptunterschied in der Wirkung beider Milcharten besteht vielmehr in der Verschiedenheit beider Molken, und zwar sowohl in Bezug auf ihre Fermente als auch auf ihre anorganischen Salze oder deren Relation zu den Nährstoffen.

Einstein, Stuttgart.

Die Knötchenlunge. Von Privatdozent Dr. A. Uffenheimer, München.

Vortragender verbreitet sich unter Demonstration zahlreicher Präparate über das Wesen der von ihm erstmals in seiner Habilitationsschrift beschriebenen Knötchenlunge. Er schildert neue Versuche, die er diesmal im Gegensatz zu den älteren, mit Tuberkelbazillen vom Typus humanus angestellten, mit Tuberkelbazillen eines sehr stark virulenten Bovinusstammes vorgenommen hat, und bespricht außerdem eine große Reihe von Kontrollversuchen. Die verimpften Prozessusdrüsen eines der Bovinustiere verursachten eine echte Tuberkulose beim Impftier; im übrigen trat auch bei der Bovinusreihe regelmäßig wieder die Knötchenlunge auf. Nach Beschreibung gewisser mikroskopischer Details, wobei längere Zeit bei eigenartigen eosinophilen Prozessen in den Knötchenlungen verweilt wird, kommt Vortragender zu folgenden Schlußfolgerungen auf Grund seines neuen Materials:

1. Die Bildung der Knötchenlunge kann durch Einbringung der verschiedensten organischen Stoffe in den Meerschweinchenkörper ausgelöst werden. Auch nach Impfung mit normaler Körpersubstanz neugeborener Tiere zeigt sich nach längerer Zeit diese Erscheinung.

Digitized by Google

2. Die Ueberimpfung von Blut und Drüsen vor kurzem mit Tuberkelbazillen gefütterter Meerschweinchen auf neue Meerschweinchen löst nicht nur mit großer Regelmäßigkeit die Bildung der Knötchenlunge bei diesen Tieren aus, sondern führt zugleich in ihrem Organismus zu Immunisierungsvorgängen gegen den Tuberkelbazillen, welche experimentell erwiesen werden können. Ein kausales Abhängigkeitsverhältnis der Immunisierungsvorgänge von der Bildung der Knötchenlunge ist bis jetzt noch nicht erwiesen. Möglicherweise sind die Knötchenbildung in der Lunge und die Immunisierung gegen den Tuberkelbazillus als koordinierte biologische Vorgänge aufzufassen.

3. Es ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Möglichkeit gegeben, daß schnell nach der Fütterung der jungen Meerschweinchen mit den Tuberkelbazillen einige wenige Keime in die verschiedensten Drüsen, eventuell in das Blut und die Organe übergehen können. Dies muß aber noch keine Erkrankung des Körpers an der Tuberkulose zur Folge haben, weil die einzelne Drüse etc. noch immer durch ihre Fähigkeit der abschwächenden Wirkung wenige eingedrungene Tuberkelbazillen völlig unschädlich machen kann.

Klar, München.

Einige kalorimetrische Untersuchungen betreffend die Resorption beim Säugling. Von Salge, Dresden.

Der Vf. bezeichnet die berichteten Versuche als eine Vorarbeit zu einer Studie über die Atrophie des Säuglings. Sie bezwecken, festzustellen, ob und wieweit bei diesem Zustande eine Störung vorhanden ist und zur Erklärung herangezogen werden kann.

Zunächst wurden einige gesunde Ammenkinder untersucht, wobei sich ein Verlust von 4—6% zeigte, so daß also zirka 95% der eingeführten Energie durch den Darm in den Körper übertritt. Versuche an einem Kinde, das bei Frauenmilch gut gedieh, aber stets „schlechte", grüne, zerfahrene und vermehrte (4—6) Stühle am Tage hatte, lehrten, daß bei diesem Kinde die Resorption durchaus normal war, so daß also aus dem Aussehen des Stuhles nicht auf eine gute oder schlechte Resorption ohneweiters geschlossen werden kann. Weitere Versuche an Kindern, die unmittelbar vorher schwere akute Darmstörungen durchgemacht hatten, zeigten, daß die Darmfunktion in Bezug auf die Resorption völlig ungestört war; dasselbe zeigte sich auch bei einem atrophischen Kinde, das trotz genügender Nahrungszufuhr und guter Resorption während des dreitägigen Versuches abnahm.

Die Versuche scheinen darauf hinzudeuten, daß wenigstens für Frauenmilch, die hier ausschließlich zur Verwendung gelangte, schwere Darmerkrankungen keine tiefgreifende Störung der Resorptionsfähigkeit des Darmes zu hinterlassen brauchen und daß es deswegen wenig wahrscheinlich ist, daß eine erhebliche Störung und Herabsetzung der Resorption zur Erklärung des eigentümlichen Zustandes, den wir mit Atrophie bezeichnen, herangezogen werden kann. Doch sollen bindende Schlüsse erst gezogen werden, wenn das Resultat weiterer Untersuchungen, die jetzt im Gange sind, vorliegen wird.

Einstein, Stuttgart.

Erfahrungen in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Von Oskar Vulpius, Heidelberg.

Bei dem definitiven Lähmungszustand kommen folgende drei Behandlungsmethoden in Betracht: portative Apparate, Arthro-, bezw. Tenodese und Sehnentransplantation. Die Apparatbehandlung dient zur Fixation von Schlottergelenken, ohne jedoch eine Heilwirkung auszuüben, ferner zur Bewegungsregulierung partiell gelähmter Gelenke und endlich zur Korrektur falscher Gelenkstellungen, die aber nur mühsam und unsicher gelingt. Die Schwere der Apparate und die durch sie bedingte Atrophie der Extremitäten sind Nachteile, welche, wenn irgend möglich, eine Vermeidung der Apparate fordern.

Die Ankylosierung der Gelenke ist in solchen Fällen angezeigt, wo alle Muskeln des betreffenden Gelenks total gelähmt oder doch so wenig funktionstüchtig sind, daß sie das Schlottern des Gelenks nicht verhüten können. Vulpius führt

Digitized by Google

die Athrodese nur am Sprung-, Knie- und Schultergelenk aus und hat vorzügliche Resultate.

Partielle Lähmungen, wo neben gelähmten Muskeln noch völlig gesunde liegen und zu Kontrakturen und Deformitäten Veranlassung geben, wurden früher mit Redressement und Tenotomie behandelt, die aber Rezidive nicht ausschließen und vor allem die Lähmung nicht beseitigen. Bei diesen Fällen erzielt man jetzt ausgezeichnete Erfolge mit der Sehnenüberpflanzung. Vulpius bedient sich der „absteigenden" Transplantation: er bringt den Kraftspender zu der in ihrer Kontinuität ungestörten gelähmten Sehne. Er näht stets Sehne auf Sehne und verzichtet auf periostale Fixation. Womöglich werden funktionell verwandte Muskeln zur Transplantation benützt, nötigenfalls kann man aber auch Antagonisten dazu verwenden. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 30, 1906.)

Einstein, Stuttgart.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Triferrin.

Triferrin ist eine Eisenverbindung der aus Nukleoalbumin hergestellten Paranukleïnsäure und enthält 22% Eisen und $2^1/_2$% organisch gebundenen Phosphor. Das Mittel hat einen angenehmen Geschmack, greift die Zähne nicht an, passiert nach Angabe des Fabrikanten den Magen unverändert und wird vom Darm aus leicht und ausgiebig resorbiert. Alexander und Ury haben gefunden, daß im allgemeinen auf der Höhe der Verdauung verhältnismäßig nur wenig Eisen im Magen in Lösung sich befindet. Im Gegensatz zu einer Reihe anderer Autoren heben sie hervor, daß man das Eisen in Form des Triferrins auch bei sekretorischen Reizzuständen des Magens ruhig geben kann. Sie fanden in dem Triferrin ein vorzügliches Eisenpräparat, welches hinsichtlich der Eisenresorption hinter keinem Eisenpräparat zurückstehe, welches sich aber vor allem dadurch auszeichne, daß es völlig unschädlich für den Magen sei, so daß es selbst von Magenkranken ohne Beschwerden und gern genommen werden kann. Hiedurch komme das Mittel einem wesentlichen Bedürfnis entgegen. Man gibt dreimal täglich 1 Eßlöffel Liquor triferrini oder dreimal täglich 1 Triferrintablette $^1/_2$ Stunde post coenam. Auch in Pulverform läßt sich das Mittel verordnen.

Der Arbeit liegt das Material der Boasschen Poliklinik für Magenkrankheiten und die Erfahrungen Boas' und der Vf. in der Privatpraxis zugrunde. Sie verdient demnach die Beachtung des Praktikers, was hervorgehoben werden soll, da leider eine große Reihe therapeutischer Arbeiten aus weniger einwandsfreien Quellen fließt. — (Deutsche Med.-Ztg., Nr. 53, 1906.)

Toff hat besonders in der Kinderpraxis mit Erfolg Triferrin zur Anwendung gebracht. Meist gab er Originaltabletten à 0·3 g Triferrin, wie sie von der Firma Knoll in Ludwigshafen unter Schokoladezusatz hergestellt werden. Die Kinder nehmen dieselben gern; auch das Triferrol, ein aromatischer Triferrinlikör der Firma Gehe in Dresden, wird in der Dosis von 3—4 Kaffeelöffeln leicht genommen. Für die Unschädlichkeit des Mittels spricht der Umstand, daß ein unbewachter 4jähriger Patient Toffs innerhalb einer halben Stunde eine Schachtel, die noch über 60 Triferrintabletten enthielt, leerte, ohne die geringsten Beschwerden zu bekommen. Toff fand, daß es hauptsächlich anämische und rachitische Kinder sind, welche rasch unter

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

Triferrin-Behandlung Besserung zeigen, eine bessere Farbe bekommen und an Gewicht zunehmen. Gute Erfolge gibt ferner Triferrin in der Rekonvaleszenz nach Scharlach, Masern, Diphtherie, Bronchopneumonie und im allgemeinen nach allen schweren akuten Erkrankungen des Kindesalters. Die Patienten kommen viel rascher zu Kräften, bekommen Appetit und nehmen viel rascher an Gewicht zu, als dies ohne Triferrin der Fall ist. Auffallende Erfolge sah Toff bei lymphatischen und skrofulösen Kindern. Zum Schlusse weist er noch auf die guten Resultate hin, welche er bei säugenden Frauen mit Triferrin erzielt hat. — (Zentralblatt f. Kinderheilk., Nr. 6, 1906.)

Beitrag zur Kenntnis des Veronals.

Labougle liefert in seiner Dissertation (Lyon) einen Beitrag zur Kenntnis des Veronals. Das Mittel ist ein synthetisches Hypnotikum und wurde von Fischer und Mering entdeckt. Es löst sich wenig in kaltem, besser in warmem Wasser. Bei Tieren verbindet sich die schon bei geringen Dosen auftretende hypnotische Wirkung mit Motilitätsstörungen bei Anwendung größerer Dosen. Beim Menschen werden solche Störungen nicht beobachtet. Auf die Zirkulation übt das Mittel keinen Einfluß aus, ebenso fehlt eine Beeinflussung der Digestion. In seltenen Fällen wird eine Beeinflussung der Diurese beobachtet, bei großen Dosen auch der Respiration. Beim Menschen ist der Einfluß des Veronals auf die Temperatur sehr gering, dagegen deutlich ausgesprochen beim Tier. Hier erfolgt unter der Einwirkung des Präparats eine Temperaturherabsetzung. Die Resorption des Mittels erfolgt rasch, die Elimination langsam. Therapeutische Verwendung findet das Veronal 1. als Hypnotikum bei einfachen Insomnien und bei solchen auf organischer Basis; 2. als Sedativum bei Erregungszuständen. Schmerzen werden durch Veronal nicht beseitigt, ebensowenig eine Schlaflosigkeit, die durch Schmerzen verursacht ist. Das Veronal scheint weder Akkumulations- noch Angewöhnungserscheinungen hervorzurufen, doch empfiehlt sich von Zeit zu Zeit ein Aussetzen der Medikation. Vf. zieht es wegen seiner Unschädlichkeit anderen Hypnotizis vor. Als Nachteil bezeichnet er, daß es gelegentlich Eruptionen, Schwindelanfälle, Kopfschmerzen hervorrufe. Doch treten diese Erscheinungen nur bei Anwendung großer Dosen auf und verschwinden mit dem Aussetzen des Mittels.

Erfahrungen über den Einfluß des Laktagols auf die Milchsekretion.

In einer Dissertation aus der geburtshilflichen Klinik und dem Universitätslaboratorium für physiologische Chemie in Lausanne hat J. Abramoff seine Erfahrungen über den Einfluß des Laktagols auf die Milchsekretion niedergelegt. (Nach Arends ist das von der W. Pearsonschen Fabrik in Hamburg erzeugte Laktagol ein trockenes Extrakt aus dem Baumwollsamenmehl und enthält die wirksamen Bestandteile desselben in konzentrierter Form. Das feine, gelblich-weiße Pulver von nicht unangenehmem Geschmack ist in Wasser unlöslich, doch läßt es sich, damit angerührt, leicht emulsionsartig aufschwemmen.) Das Laktagol hat nach Abramoff einen günstigen Einfluß auf die Milchmenge, und zwar in verschiedenen Abstufungen. Nach Verabreichung des Mittels während 3—7 Tagen konstatierte man in vier Fällen eine Fettzunahme der Milch von 0·2—0·5% und in drei Fällen eine Fettverminderung von 0·5—0·3%; während des gleichen Zeitraumes hatte der Zucker in sechs Beobachtungen um 0·4—2·0% zugenommen und in zwei Fällen um 0·006—0·67% abgenommen. Wurde das Laktagol während 11—14 Tagen verabreicht, so konnte nie eine Fettzunahme festgestellt werden, dagegen viermal eine Fettabnahme von 0·4—0·9%. Der Zucker hatte dreimal bis zirka 2½% zugenommen. Einmal wurde das Laktogol während 18 Tagen verordnet und nahm die Fettmenge um 1% und die Zuckermenge um 0·145% zu. Wurde die Laktagol-Verabreichung während 3—10 Tagen unterbrochen, so wurde in einer Beobachtung eine Fett-

Digitized by Google

zunahme von 0·65% und in vier Beobachtungen eine Fettabnahme von 0·05 bis 1·15% konstatiert. Der Zuckergehalt hatte zweimal um 0·1—1·3% zugenommen und dreimal um 0·058—1·5% abgenommen.

Sämtliche Beobachtungen in der Literatur sprechen für die milchsekretionsanregende Eigenschaft des Laktagols. Die persönlichen Erfahrungen des Vfs. bestätigen teilweise diese Erfahrungstatsachen. Die Milchmenge scheint im allgemeinen durch die Laktagol-Verabreichung zuzunehmen. Die Milchzusammensetzung scheint durch die Laktagolverabreichung nicht beeinflußt zu werden. Man gibt täglich 10—12 g.

Trikresol.

Trikresol ist ein aus dem rohen Steinkohlenteeröl isoliertes Gemisch der Kresole, welche dessen antiseptisch wirksames Prinzip darstellen. Es handelt sich bei dem Trikresol, im Gegensatz zu anderen Kresolpräparaten (Kreolin, Lysol, Solveol etc.), um die reinen Kresole ohne andere Stoffe, wie Neutralöl, Pyridin, Naphthalin etc., und ohne Zusätze, wie Harzseifen (beim Kreolin), Fettseifenlösung (Lysol), kresotinsaurem Natrium (Solveol). Trikresol enthält 100% Kresol, während Lysol etwa nur 50% und weniger Kresolgehalt hat.

Trikresol ist eine wasserhelle, klare Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1·042—1·049, die sich zu 2·2—2·55% klar in Wasser von gewöhnlicher Temperatur löst; konzentrierte Lösungen sind nicht erforderlich. In Alkohol, Aether und fetten Oelen ist Trikresol leicht löslich. Im Laufe der Zeit kann das Trikresol eine rötliche Färbung annehmen, wodurch seine Wirksamkeit aber nicht beeinträchtigt wird. Trikresol ist ein kräftiges Antiseptikum, das dreimal so wirksam und etwa ein Drittel so toxisch ist wie Karbolsäure. Staphylococcus pyogenes aureus wird von einer 1%igen Trikresollösung in $^1/_2$—1 Minute, von einer $^1/_2$%igen Lösung in 10 bis 12 Minuten abgetötet. Trikresol greift Metalle nicht an und macht die Hände weder schlüpfrig noch taub.

Das Anwendungsgebiet ist im wesentlichen dasselbe, wie dasjenige von Karbolsäure, Kreolin und Lysol etc. Trikresol wird für gewöhnliche Desinfektionszwecke in $^1/_2$%igen Lösungen benutzt. Eine Mischung von Trikresol 30·0 Sap. Kalin 35·0, Aq. dest. 15·0 ersetzt vorteilhaft das Lysol.

In der Augenheilkunde findet das Trikresol Anwendung zu antiseptischen Waschungen der Konjunktiva in Konzentrationen von 1:1000.

Heilsera werden durch Zusatz von 0·4% Trikresol konserviert.

Zur Desinfektion von Instrumenten ist das Trikresol geeignet, da es Metalle nicht angreift. Die Instrumente bleiben in der Trikresollösung stets sichtbar.

Nach Gowan bewährt sich Trikresol ausgezeichnet bei Alopecia areata, deren Heilungsdauer durch Anwendung von Trikresol durchschnittlich um $2^1/_2$ Monate abgekürzt wird. Nach Reinigung der befallenen Stellen mit Benzin wird Trikresol (auf die Kopfhaut unverdünnt, im Gesicht in einer 30%igen alkoholischen Lösung) aufgetragen und mittels Wattebausches in die Haarwurzeln eingerieben. Es tritt ein brennender, bald vorübergehender Schmerz ein und die Haut wird fast weiß, worauf in wenigen Stunden eine Hyperämie des betreffenden Gebietes erfolgt. Die Kopfhaut zeigt eine leichte seröse Ausscheidung und nach 24 Stunden einen trockenen, braunen, oberflächlichen Schorf, der in 4—10 Tagen abfällt. Dann wird wieder Trikresol aufgestrichen, aber nicht so energisch wie das erstemal.

Gleich günstige Erfahrungen mit Trikresol bei Alopecia areata hat Heidingsfeld gemacht. Angewandt wurde eine 50%ige Lösung in Alkohol.

Atropinum methylobromatum Merck bildet weiße, in Wasser und verdünntem Alkohol leicht lösliche Blättchen mit 20·84% Bromgehalt. Tierversuche, die Vaubel angestellt hat, haben eine prompte mydriatische Wirkung und eine schwächere Wirkung auf das Herz, als die des Atropinsulfats ist, ergeben. Zur

Digitized by Google

Erzeugung der Mydriasis genügen je zwei Tropfen einer 1%igen Lösung in den Konjunktivalsack. Die Mydriasis schwindet bereits nach vier Stunden. Innerlich weist es nicht die unangenehmen Nebenerscheinungen des Atropinsulfats auf. Zur Unterdrückung der sekretorischen Drüsentätigkeit bei Phthisikern wurde es in Dosen von 0·006 bis 0·012 pro die und dosi mit vollem Erfolge angewendet. Die Patienten bekamen das Mittel in Pillenform abends zwischen 8 und 10 Uhr, und zwar 1—2 Pillen zu 0·006; der vorher bestehende, sehr heftige Schweiß wurde bei allen Patienten unterdrückt. Es eignet sich demnach gegen Nachtschweiß der Phthysiker, Neurastheniker und Hysterischer in dreimal täglichen Gaben von 0·006, sowie zum Herabdrücken der zeitweilig sehr gesteigerten Speichelabsonderung bei Neurasthenikern.

Thephorin.

Th. A. Maaß kommt zu folgenden Schlußfolgerungen seiner pharmakologischen Untersuchungen über das neue Diuretikum Thephorin: 1. Das Thephorin ist ein Präparat von relativ geringer Giftigkeit. Seine tödliche Dosis liegt bei zirka 0·8—0·9 pro Kilogramm Meerschweinchen. 2. Die Allgemeinwirkungen des Körpers scheinen in kleinen Dosen erregende zu sein; in größeren, respektive tödlichen Dosen bestehen sie in einer Hervorrufung einer allgemeinen Lähmung, welche zum Tode führt. 3. Auf die Zirkulation ruft das Thephorin eine die Höhe des Blutdruckes herabsetzende und gleichzeitig die Pulsfrequenz erhöhende Wirkung hervor. 4. Die Diurese gesunder Tiere wird durch Thephorin vorübergehend mächtig erhöht; diese Wirkung ist jedoch keine so anhaltende, um sich in den Tagesquanten Urin sichtbar zu machen. 5. Bei durch toxische Nephritis zur Hydropsbildung geneigten Tieren zeigt sich das Thephorin als außerordentlich wirksames Mittel zur Bekämpfung dieser Erscheinungen. 6. Die therapeutisch wirksame Dosis des Mittels liegt sehr tief unter der toxischen. Vor einer Ueberdosierung ist zu warnen, da hiedurch das Mittel seine Wirksamkeit einbüßen kann. Die für klinische Zwecke geeigneten Dosen dürften dieselben wie die des Diuretins sein. 7. Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes wird durch Thephorin vermindert. — (Ther. Monatsh., Nr. 4, 1906.)

Man gibt dreimal täglich 1 g für Erwachsene. — Thephorintabletten à 0·5 g werden in Röhrchen zu 20 Stück in den Handel gebracht. Preis per Röhrchen 1·60 Mk. = 2 K.

Chinoform nennt Hirtz das ameisensaure Chinin. Dieses Salz wird ausschließlich in subkutaner Injektion appliziert, ist völlig schmerzlos und erzeugt keine lokale Reaktion. Es löst sich in der achtfachen Menge seines Gewichtes Wasser bei einer Temperatur von 35° C. Von allen Chininverbindungen enthält auch das ameisensaure Chinin die größte Menge Alkaloïd — 1 g auf 1·14 g des Salzes. — Auch haben P. Claisse und Lemoine bestätigt, daß die hypodermatischen Injektionen von Chinoform gut vertragen werden; sie heben auch die Vorteile des Präparats bei Malariakranken mit schwachem Magen hervor. — (Correspondenz-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 9, 1906.)

Neue Mittel. (Fortsetzung.)

Amyrol nennt E. Liotard ein Isomeres des Sanatols. Er gewann den Körper aus dem westindischen Sandelholzöl, dessen Stammpflanze bekanntlich als Amyris balsamifera bezeichnet wird.

Anästhesin. solubile Ritsert. Um Anästhesin. Ritsert auch subkutan anwenden zu können, hat Ritsert den Paraamidobenzoesäureester in eine lösliche Form gebracht. Nach Versuchen, die Dunbar damit angestellt hat, wirkt diese flüssige Form des Anästhesins ohne jede Reizerscheinung, so daß er das Präparat als Ersatz für Kokain und andere Anästhetika sehr empfiehlt. von Noorden hat es per os zu 0·3—0·5 g zweimal täglich gegen Hyperästhesie des Magens gegeben, ferner in Form von Pastillen und Bonbons zu 0·02—0·04 g gegen Hustenreiz und Schlingbeschwerden, ebenso auch als Suppositorien und Urethralstäbchen, sowie als Salben bei

Digitized by Google

Hämorrhoidalleiden, Blasenzwang, Pruritus u. s. w.

Analgesinum coffeïnocitric. Die Höchster Farbwerke bezeichnen unter diesem Namen ein dem Migränin nahestehendes Präparat.

Antichoren ist ein peptonisiertes Quecksilberchlorjodid und wird durch Einwirken von Qecksilberjodid und Pepton auf Quecksilberchlorid erhalten. Dunkelbraune, in Wasser lösliche, extraktartige Masse. Es soll bei Syphilis innerlich mehrmals täglich in Pillen mit je 0·01 g oder als 2%ige subkutane Injektion angewendet werden.

Antidipsin-Tabletten sind durstlöschende Tabletten, welche neben Zucker Zitronensäure, Apfelsäure und Fruchtaroma enthalten.

Antipyrin-Kollodium, eine Lösung von 1 Teil Antipyrin in 4 Teilen Kollodium, empfiehlt Terson als Styptikum bei kleinen Verwundungen. Dasselbe kann auch mit anderen Arzneistoffen versetzt werden, z. B. mit Ichthyol u. s. w.

Antipyrinum tannicum bildet ein in Wasser unlösliches, geschmackloses, gelbliches Pulver, welches durch Säuren in seine Bestandteile zerlegt wird. Es soll 37% Antipyrin und 63% Gerbsäure enthalten.

Apiolin heißt ein aus dem extraktförmigen Apiol. viride hergestelltes Präparat. Findet Anwendung in Gelatine-Kapseln von 0·2 g, 2—3 Kapseln täglich gegen menostatische Beschwerden.

Argentum phosphoricum ist das zweifachsaure Silbersalz der Orthophosphorsäure und soll nach Spietschka in $^1/_4$—$^1/_2$%igen injizierten Lösungen gute Erfolge bei Gonorrhöe geben.

Atropin. stearinic. Ein 50% Atropin enthaltendes, weiße, fettglänzende Nadeln bildendes Präparat, das in Lösung von 0·1 g in 50 g Mandelöl als Ersatz von Ol. Belladonnae und Ol. Hyoscyami empfohlen wird.

Atroscin. Neben dem Hyoscin ein Bestandteil des Scopolamins. Das Atroscin. hydrobromic, ein in Wasser leicht lösliches Präparat, soll eine gleiche Pupillenerweiterung wie das Atropin und das Scopolaminsalz bewirken. Hinsichtlich einer akkomodationslähmenden Wirkung soll das Atroscin diese beiden Mittel sowohl was Promptheit als auch Dauer der Wirkung betrifft, bei weitem übertreffen.

Basicin ist eine koffeinhaltige Chininverbindung, die in Dosen von 0·1 bis 0·2 g gegen Migräne, Influenza, Schlaflosigkeit u. s. w. gegeben wird.

Bromothymin, ein Spezialmittel gegen Keuchhusten und Emphysem, besteht aus Sirup. Thym. comp. 200·0, Bromoform 0·5 und Ammon. bromat., Kal. bromat., Natr. bromat. je 5·0.

Capsulae Olei diuretici Kobert enthalten die diuretisch wirkenden Ol. Juniperi, Levistici, Angelicae. Jaborandi, ferner Apiol, Safiol, Guajol, Terpineol und Borneol zu gleichen Teilen.

Carissin ist ein aus der Rinde von Carissa ovata var. stolonifera isoliertes Glykosid. Verhält sich dem Strophantin ähnlich. Giftiger und Uebelkeit erregender Bitterstoff.

Caseojodin. Eine dem Thyrojodin ähnliche, aus Perjodcaseïn erhaltene Substanz. Der mittlere Jodgehalt derselben beträgt 8·7%. Man will mit Caseojodin bei Strumen gute Erfolge erzielt haben.

Chelidoninum sulfuricum ist ein Alkaloid aus Chelidonium majus und wurde von Iwanoff mit Erfolg in einem Falle von Magenkrebs angewandt. Die Dosis betrug 0·01 bis 0·015 g zweimal täglich in Oblaten. Der Zustand des betreffenden Kranken besserte sich unter dieser Behandlung rasch, das Erbrechen und die Schmerzen hörten bald auf, und der Appetitt kam wieder. Ob sich das Präparat stets so wirksam zeigen wird, erscheint zweifelhaft, zumal auch die Anwendung des Chelidoniumextraktes gegen Krebs nicht den von mehreren Seiten gehegten Erwartungen entsprach.

Codeinum hydrojodicum erhält man nach Labadie-Lagrave und Rollin, indem man zwei Aequivalente Jodwasserstoffsäure in der Wärme auf ein Aequivalent Codeïn einwirken läßt in Form gelblicher Kristalle, die sich in 60 Teilen kaltem und drei Teilen heißem Wasser lösen, sehr leicht auch in Alkohol, dagegen fast gar nicht in Aether. Man gibt

Digitized by Google

das Codeïnjodhydrat in Dosen von 0·01 g mehrmals täglich in Form von Sirup, Pillen oder subkutanen Injektionen bei den verschiedensten Lungenaffektionen analog dem Codeïnphosphat.

Geranin wird aus verschiedenen Geraniumarten und Chinarinden hergestellt und stellt ein Extrakt dar, das den Zuckergehalt im diabetischen Harne erheblich verringern soll. Anwendung findet es bei Arthritis, Dyspepsie und nervösen Leiden. Dr. Boequillon-Limousin in Paris bringt einen Geraniumwein und ein Fluidextrakt in den Handel; von letzterem werden zehn Tropfen dreimal täglich gegeben.

Glycerinum lactocarbolicum ist eine Mischung aus Karbolsäure und Glyzerin, die die beruhigenden Eigenschaften des Phenols mit der spezifisch heilenden der Milchsäure vereinigen soll. Zur Pinselung bei Kehlkopftuberkulose.

Guayarsin soll eine unschädliche Guajacol-Arsenverbindung sein. In 10 g von dem damit bereiteten Guayarsinsirup sind 0·005 g Arsen, 0·2 g Guajacol, außerdem chlorhydrophosphorsaures Kalzium und Zimtsäure enthalten.

Hämostan, ein von Fürth empfohlenes Blutstillungsmittel (aus der Austria-Apotheke in Wien), hat folgende Zusammensetzung:

Extr. hydrast. canad. fluid.	
Extr. gossypii spissi	āā 3·0
Extr. hamamel. sicci	
Chinin. mur.	1·0
Pulv. rad. hydrast.	9·0

M. f. tabl. C. obd. sacchar. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 16, 1906.)

Hydrargyrum lacticum wird von Gaucher als Ersatz für die anderen gebräuchlichen Quecksilbersalze zu innerlichem Gebrauch empfohlen. Man erhält es durch Behandlung von rotem Quecksilberoxyd mit 10%iger Milchsäure. Es bildet ein weißes, kristallinisches, in Wasser lösliches Pulver. Gaucher läßt täglich viermal einen Kaffeelöffel voll einer 0·1%igen Löung in Zuckerwasser oder Milch nehmen. Zu subkutanen Injektionen empfiehlt er 1%ige Lösungen, von denen je 1 cm^3 injiziert wird.

Jodaceton (Monojodaceton) entsteht beim Zusammenbringen von Aceton und Jod und wirkt besonders in frischer Lösung stark ätzend. Man benützt eine Lösung von 4 g Jod in 10 g Aceton zu Aufpinselungen vermittels eines Wattepinsels auf im Entstehen begriffene Furunkel beziehentlich bei größeren Knoten auf ihre Basis. Infolgedessen bildet sich ein schwarzer Schorf, unter dem in den nächsten 24 Stunden eine Rückbildung stattfindet. Ist es schon zur Geschwürbildung gekommen, so verursacht die Pinselung heftige, aber kurz andauernde Schmerzen. Bei empfindlicher Haut können Geschwürchen entstehen, dieselben heilen aber unter Hinterlassung einer kleinen Vertiefung.

Jodolmenthol ist eine Mischung von Jodol mit 1% Menthol, welche keinen unangenehmen Geruch besitzt und die Wirkungen des Jodols in verstärktem Maße zeigen soll.

Kalosin ist ein spirituöser Auszug aus Rad. Urticae, Herba Cochleariae und Rad. Sarsaparillae, welcher bei Erkrankungen der Leber, Niere und der Luftwege angewendet werden soll.

Kampher säurephenetidid bildet atlasglänzende, in Alkalien unlösliche Blättchen. Die Verbindung besitzt antipyretische sowie schweißtreibende Eigenschaften und soll bei Behandlung der Tuberkulose von Wert sein. — (Ber. von Bruckner und Lampe.)

Muiracithin stellt eine Vereinigung von Lecithin mit den Extraktivstoffen des Baumes Muira Puama, sog. Brasilier „Potenzholz" dar. In Brasilien ist letzteres als ein Mittel bekannt, welches die Geschlechtsfunktion zu heben vermag. Es enthält kristallinische Stoffe, Harze, die, wie Versuche an Tieren erwiesen haben, den Lumbalabschnitt des Rückenmarks erregen. — (Steinberg „Therapia", Nr. 5, 1906, D. russ. med. Rundschau.) (Fortsetzung folgt.)

b) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Benzoparakresol. In Alkohol und Aether leicht lösliche, in Wasser unlösliche Kristalle. Darmantiseptikum, in Dosen von 0·15—0·25, 2—3mal täglich.

Digitized by Google

Bismal. Wismutsalz der Methylendigallussäure. Adstringens bei langwierigen Diarrhöen.

Eisenoxydulmalzextrakt. Da die Eisenoxydulform gegenüber der Oxydform gewisse Vorzüge besitzen soll, so hat man bei diesem Präparat das Malzextrakt als Mittel gewählt, um das Eisenoxydul in möglichst feine Verteilung zu bringen und ihm damit leichte Resorbierbarkeit zu verleihen.

Extractum Ramkulini soll aus dem großen, rundblätterigen Spinat und Karotten nach besonderem Verfahren unter Vermeidung jeder chemischen Einwirkung bereitet werden. Es enthält außer ungefähr 49% pflanzlichen Extraktivstoffen und indifferenten Bestandteilen annähernd 51% organische Nährsalze. Diese bestehen nach Angabe der Darsteller aus 10·35% Kalium, 19·6% Natrium, 6·76% Kalzium, 2% Eisen und 5·76% Phosphorsäure. Diverse Präparate werden daraus hergestellt.

Ferratogen. Eisennuklein, erhalten aus der Kultur von Hefe auf eisenhaltigen Nährböden. Gelbgraues Pulver, unlöslich in Wasser. Im Magen wird das Präparat nicht gelöst, dagegen ziemlich leicht vom Darm resorbiert.

Ferrichthol ist eine Ichthyoleisenverbindung und stellt ein amorphes, nicht hygroskopisches, braunschwarzes und spezifisch leichtes Pulver dar, welches nahezu geruch- und geschmacklos ist und sich weder in den gewöhnlichen Lösungsmitteln noch in verdünnten Säuren oder Alkalien auflöst. Das Eisen ist nach Aufrecht organisch fest gebunden und beträgt im Mittel von zwei Analysen 3·5112%. Dieses Eisen wird wahrscheinlich vom Darm ebenso ausgenutzt, wie das Eisen anderer Präparate.

Ferrovin, ein leicht resorbierbares Eisenpräparat, wird gegen Anämie gegeben.

Galaktogen ist ein Kaseïnnährpräparat, welches leicht verdaulich und wohlschmeckend sein soll.

Gluton nennt Brat ein Gelatinenährpräparat, welches bei Diabetes und anderen Krankheiten als stark eiweißsparendes Nährmittel mit Erfolg angewendet worden ist.

Haemalbumin-China-Elixir und Haemalbumin-Condurango-Elixir sind zwei Präparate, die je 3% Haemalbumin und 5% der wirksamen Bestandteile der China-, beziehentlich der Kondurangorinde enthalten.

Honthin. Als Darmadstringens empfohlenes Tannineiweißpräparat; ist ein graubraunes, geruch- und geschmackloses Pulver, in Wasser unlöslich, in Alkohol und Lösungen von Alkalien teilweise löslich. Dosis für Säuglinge 0·3—0·6 g drei- bis fünfmal pro Tag, für größere Kinder 0·5—1·0 g, für Erwachsene 1—2 g mehrmals täglich.

Maltogen ist ein Malzextrakt, das aus Hannagerste hergestellt wird. Dasselbe bildet braune, glänzende Schuppen und besteht auf 25·7% Maltose, 65·71% Extrakt und 8·59% Feuchtigkeit.

(Fortsetzung folgt.)

2. Behandlungsmethoden.

Neue Behandlung von Augenkrankheiten.

In einer sehr beachtenswerten Arbeit aus der Münchner Universitäts-Augenklinik (Prof. Eversbusch) berichtet Ludwig Koch über die Behandlung von Augenkrankheiten mit der elektrischen Glühlampe. Die Bestrahlung wurde täglich zweimal, morgens und abends, mit einer gewöhnlichen Beleuchtungslampe von zirka 20 Kerzenstärke vorgenommen. Die Einwirkung des Lichtes auf das erkrankte Auge dauerte jedesmal zirka 5 Sekunden lang; darauf trat eine kleine Pause ein, bis die Pupille sich wieder erweitert hatte, um nun neuerdings zur Kontraktion gebracht zu werden. Solche einzelne Belichtungen erfolgten jedesmal 20—25 hintereinander. Dabei wurde darauf geachtet, daß die Strahlen nicht direkt auf die Macula lutea auffallen konnten, um eine schädigende und blendende Wirkung zu verhüten. Aus den kurzen Krankengeschichten von 20 Fällen, über die Koch berichtet, geht hervor, daß die Wirkung der Bestrahlung besonders deut-

Digitized by Google

lich bei einer Ceratitis glaucomatosa zutage trat. Die Pilokarpin-Morphiuminstillation war von keinem nennenswerten Erfolg begleitet. Sofort mit Einsetzen der Bestrahlung jedoch stieg der Visus, täglich zunehmend. Sehr interessant für die Wirkung der Bestrahlung ist ein Fall mit Deszemetitis, bei dem mehreremal während der Behandlung dieselbe ausgesetzt werden mußte und jedesmal die erreichte Verbesserung der Sehschärfe wieder zu Verlust ging, während sie sich bei neu einsetzender Bestrahlung schnell wieder hob. Die Ueberlegenheit dieser neuen Therapie trat in diesem Falle evident zutage. Auch blieben die täglichen Fortschritte in der Aufhellung sich ungefähr gleich, sei es, daß nur die Bestrahlung vorgenommen wurde oder daß sie zur Anwendung kam, kombiniert mit Wärme oder mit Pilokarpin-Morphin. Sobald jedoch wegen der vielleicht infolge der Wasserentziehung der Kornea sich einstellenden Kopfschmerzen die Bestrahlung unterblieb, ging die gewonnene Besserung rasch wieder verloren. Die Frage, ob durch Bestrahlung ein therapeutischer Erfolg bei verschiedenen Hornhauterkrankungen erlangt werden kann, darf nach den vorliegenden Versuchen bejaht werden. Besonders bei der Keratitis glaucomatosa und profunda ist der Erfolg deutlich. Bei den anderen Keratitiden, bei den Ulzera und beim trachomatösen Pannus wirkt die Bestrahlung keineswegs schlechter als die bisherigen Behandlungsmethoden, jedenfalls beschleunigt sie die Heilung, sobald einmal der Höhepunkt der Entzündung erreicht ist. Bei den Hornhauttrübungen älteren und jüngeren Datums endlich ist die Bestrahlung eine wertvolle Bereicherung der Mittel, welche, wenn auch nur eine geringe, Besserung zu erzielen imstande sind. Bei hartnäckig verlaufenden Krankheitsbildern, z. B. bei einem Falle von Keratitis parenchymatosa luetica hereditaria war ein nennenswerter Erfolg der Bestrahlung jedoch nicht zu verzeichnen. Auch kann sie unter Umständen ein Erythem erzeugen und dadurch unanwendbar werden. Die Bestrahlungsmethode ist nach Koch als ein wertvolles neues Mittel unserem therapeutischen Schatz einzuverleiben.

Vf. zieht zum Schluß seiner Arbeit eine Parallele der Bestrahlungs- und medikamentösen Therapie bei Hornhauttrübungen und nennt das Dionin, dessen resorptionsbefördernde und aufhellende Wirkung durch Arbeiten der letzten Zeit sichergestellt ist. Mit der Bestrahlung hat das Dionin gemeinsam, daß es die Resorption aus der vorderen Augenkammer beschleunigt. Während nun die Bestrahlung mehr wasserentziehend auf die Gewebe wirkt, was jedoch durch die beschleunigte Blut- und Lymphzirkulation und dadurch bedingte vermehrte Sekretion rasch wieder ausgeglichen wird, durchtränkt das Dionin die Gewebe durch Lymphüberschwemmung, sei es, daß es eine besondere lymphansaugende Kraft besitzt oder daß es die Durchlässigkeit der Gefäßwandung steigert. Wenn nun das Dionin an Intensität theoretisch wenigstens die Bestrahlung zu übertreffen scheint, so steht es an Extensität jedoch weit nach. Die Bestrahlung kann wochen-, ja monatelang mit dem gleichen Erfolg fortgesetzt werden, die Wirksamkeit des Dionins dagegen erlöscht bei wiederholter Einträufelung in absteigendem Maße in wenigen Tagen.

Den Hauptgrund der Wirkung der Bestrahlung erblickt Vf. in dem durch die häufige Pupillenkontraktion gesteigerten Flüssigkeitswechsel der Vorderkammer. — (Dissertation, München 1906.)

Ueber die Behandlung der Chlorose mit heißen Bädern berichtet H. Rosin in der Therapie der Gegenwart, Nr. 7, 1906.)

Hat man sich vergewissert, daß es sich um eine echte Chlorose und nicht etwa um eine sekundäre Anämie oder um eine Blutstörung bei beginnender Tuberkulose, Herzleiden, Nephritis, Genitalerkrankungen, chronischen Intoxikationen, Malariakachexie und anderen Kachexien handelt, so kann die Kur begonnen werden. Die Behandlung erfordert einen 4—6wöchentlichen Zeitraum, in welchem dreimal wöchentlich die heißen Bäder verabfolgt

Digitized by Google

werden. Die zweite Hälfte des Vormittags eignet sich am besten hiefür; man muß im ganzen etwa zwei Stunden Zeit darauf verwenden. Die Temperatur des Wassers soll 40° C. betragen. Höhere Temperaturen sind für die europäische Rasse nicht geeignet, während bekanntlich die Japaner heiße Bäder von 45° C. und mehr zu nehmen gewöhnt sind. Es ist von Wert, daß die Patienten sich mit einer kühlen Kopfkappe oder einem nassen Handtuch bedecken, bevor sie ins Bad steigen. Zum erstenmal genügen 10 Minuten bis ¼ Stunde, später mag der Aufenthalt im Wasser, das stets auf gleicher Temperaturhöhe gehalten werden muß, bis auf 20 Minuten ausgedehnt werden. Unmittelbar nach dem Verlassen des Wassers wird wenige Sekunden lang kühl abgeduscht und trocken gerieben. Sodann müssen die Patienten eine Stunde ruhen, ein Nachschwitzen kommt hiebei häufig vor. Die Patienten fühlen sich anfänglich unmittelbar nach dem Bade etwas angegriffen, jedoch muß bereits nach dem dritten oder vierten Bade der Beginn einer Besserung des Allgemeinbefindens wahrnehmbar sein. Im Bade ist der Puls stets etwas beschleunigt, nicht selten wird anfänglich, auch in den erfolgreich verlaufenden Fällen, über mäßiges Herzklopfen während der Prozedur und kurz nachher geklagt. Doch sind üble Zufälle niemals beobachtet worden. Nach einiger Zeit, etwa nach sechs Bädern, muß sich subjektiv und objektiv die Besserung der Chlorose wenigstens in ihren Anfängen zeigen. In zahlreichen Fällen führen 12 Bäder in vier Wochen bereits so weit zum Ziele, daß von einer völligen Gesundung die Rede sein kann. Zuweilen aber sind die anfänglich raschen Fortschritte später etwas langsamer und bedürfen noch einiger Bäder mehr. Hin und wieder gelingt es nur, eine gewisse Besserung zu erzielen, wobei namentlich die schmerzhaften Zustände der Chlorotischen im Rücken, an den Seiten des Thorax, in der Bauchmuskulatur sich mindern, ohne daß die Blutbeschaffenheit sich erheblich bessert. Im übrigen ist auch mit einer Zahl von Fällen zu rechnen, bei denen die Kur wirkungslos bleibt. Außerdem kommen Rezidive vor, die im Laufe der nächstfolgenden Jahre zu neuen Attacken von Chlorose führen und in gleicher Weise wieder behandelt werden müssen.

Die Hefebehandlung.

Es wurden schon vor längerer Zeit verschiedene Präparate in Sinne einer sterilen Dauerhefe hergestellt, um dieselbe für die Praxis, in welcher die Hefe äußerlich wie innerlich angewendet wird, verwendbar zu machen. Aeußerlich bei Katarrhen der weiblichen Genitalien und innerlich bei Furunkulose, Akne, Zuckerkrankheit, Verstopfung und Haut- und fieberhaften Krankheiten. Namentlich die Stuhlverstopfung war der Gegenstand erfolgreicher Behandlung von E. Roos schen Versuchen gewesen. Da aber trotz der Zerstörung der Gärungsfähigkeit durch Erhitzen die abführende Wirkung der Hefe erhalten blieb, so bemühten sich Roos und Hinsberg, diese abführende Substanz zu isolieren und es gelang ihnen schließlich, eine Fettsubstanz aus der Hefe darzustellen, die den Namen Cerolin erhielt, und diese sahen die beiden Forscher als das wirksame Heilprinzip in der Hefe an. Diese Fettsubstanz wurde zu Pillen verarbeitet, und zwar so, daß jede Pille 0·1 g enthielt.

J. Meisels und L. Brauner in Wien verwendeten wie Roos und Hinsberg das von C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim-Waldhof hergestellte Präparat. Es sind dies Pillen von normaler Größe, die je 0·1 g Cerolin enthalten und einen nicht unangenehmen, an Hefe erinnernden Geruch besitzen. Meisels und Brauner fanden in Bestätigung der von Roos und Hinsberg erhaltenen Resultate folgendes:

1. Das Cerolin kürzt bei Furunkulose die Dauer und die Schmerzhaftigkeit des Prozesses ab und ist bei Anwendung desselben das Auftreten von Rezidiven viel seltener. 2. Das Cerolin ist ein mildes Abführmittel, das weder Magenbeschwerden noch Kolik verursacht und selbst in großen Gaben nur breiige, niemals wässerige Stühle erzeugt. 3. Für den Tag genügen 3—9 Pillen (½—1 Stunde vor den Mahl-

Digitized by Google

zeiten verabreicht), um eine milde abführende Wirkung zu erzielen.

Die Firma Boehringer & Söhne bringt jetzt 10%igen Cerolinmilchzucker als Pulver und in Tablettenform in den Handel. — (Pharm. Zentralhalle, Nr. 24, 1906.)

Therapie der Nephritis.

Bei chronischer Nephritis werden Injektionen von Acid. formicic. 1:1 Million nach Krull empfohlen. Bedingung ist, daß die Lösung frisch bereitet wird, daß der Zustand des Kranken noch nicht durch das Herz stärker kompliziert ist, und daß die Injektionen nur etwa in Jahresfrist wiederholt werden. — (Aerztl. Mitteil., Nr. 35, 1906.)

Behandlung der akuten Ischias.

Man appliziert je einen blutigen Schröpfkopf unterhalb der Glutäalfalte, oberhalb der Kniekehle und auf der Wade. Man läßt alle drei Stunden (also fünfmal täglich) einen Eßlöffel folgender Mixtur einnehmen: Antipyrin 6·0, Natr. bicarbon. 8·0, Natr. salicylic. 10·0, Syrup. Menthae 50·0, Aq. q. s. ad 150·0. Sollten sich Zeichen von Intoleranz einstellen, so kann man die Mixtur durch Aspirin 0·8 alle drei Stunden ersetzen. — (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte, Nr. 9, 1906.)

Therapie des unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft.

B. B. Dicker widmet der Besprechung der Therapie des unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft ein Hauptkapitel seiner Dissertation. (Lausanne 1905.) In Betracht kommt 1. eine medikamentöse Behandlung.

a) Angewendet wurden Scheidentampons mit Extractum Belladonnae, sowie Einreibungen des Abdomens, Kokain, Chloroformwasser, Menthol, Opium, Morphium, Aqua laurocerasi, Zyankalium, Chloral, Cali bromat., Tinct. jod., Resorzin, Orexin etc. Die Schlußfolgerungen aus dieser Menge von verordneten Medikamenten ist die, daß bis jetzt noch keines gefunden ist, das zufriedenstellende Erfolge gezeitigt hätte.

b) Physiko-physiologische und rationelle Behandlung. In Betracht kommen: die Ueberernährung, die elektrische Behandlung, der Hypnotismus, die subkutanen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung.

c) Das Regime lacté von Pinard. Eine reichliche Milchaufnahme bewirkt eine Asepsis der Därme, sie verhindert die Darmzersetzung und ist ein mächtiges Diuretikum.

d) Das Verfahren von Schauta. Absolute Ruhe und Milchdiät.

e) Das Verfahren von Condamin. Absolute Ruhe des Magens während 8—10 Tagen; täglich Darmeinläufe von 3—4 l physiologischer Kochsalzlösung (eventuell einige Tropfen Tinct. Opii); nach Verlauf von 10—12 Tagen wenig und graduell etwas Flüssigkeitsaufnahme per os, bis nach und nach wieder die gewöhnliche Nahrung vertragen wird, indem zugleich die Rektaleingießungen fortgesetzt werden.

f) Methode von Boissard. Opotherapie. Die Ovarialdrüse kann verabreicht werden: a) im Naturzustand, b) in getrocknetem und pulverisiertem Zustand (Ovarin), c) als Glyzerinextrakt und d) als Fluidovarin (zweimal täglich 10—15 Tropfen nach Muret).

g) Vorschlag von Madelaine. Verabreichung von Corpora lutea des Kuhovariums.

2. Geburtshilfliche Behandlung. Kauterisationen der Vaginalportion mit einer Lösung von Arg. nitr. Die Auskratzung des Zervikalkanals, Dilatation desselben nach Copeman. Sehr selten kommt der Abort oder die klinische Frühgeburt in Frage. — (Gynäk. helvet., Nr. 6, 1906.)

Salit.

Gräger verwendet laut Jahresbericht des Deutschen Krankenhauses in Neapel 1905/06 gegen rheumatische Affektionen mit guten Resultaten das Salit als Einreibung und sah bisher keine unangenehmen Nebenwirkungen, weder durch Geruch noch durch Hautreizung. Die Haut wird gut gereinigt, mit Aether ent-

Digitized by Google

fettet und mit einer Mischung aus gleichen Teilen Salit und Olivenöl eingerieben. Bei Bettruhe wird auf die befallenen Stellen noch mit Salit getränkte Watte aufgebunden. Die Wirkung des Salit zeigte sich sehr rasch. Auch bei Verwendung des unverdünnten Salits zu solchen Einreibungen sah Vf. nie Reizerscheinungen.

Silbertherapie der Syphilis.

In Bosnien gehört nach Karlinski die Syphilis zu den meist verbreiteten Krankheiten. Eine konsequente Behandlung mit Schmierkur oder Injektionen stößt auf die größten Schwierigkeiten, meist bleibt es bei innerlicher Darreichung von Quecksilber und Jod in Form von Pulvern, Pillen und Lösungen. Seit einem Jahr nun hat Vf. 21 Fälle von tertiärer Syphilis mit zahlreichen zerfallenen Gummata auf folgende Weise behandelt: Die Geschwüre wurden mit Itrollösung gereinigt; je nach der Größe wurde in jedes 2—3 Kollargoltabletten zu 0·05 g hineingelegt, darüber kam ein Kollargolpflaster (5 auf 300 Mastix), Jod wurde nicht gegeben. Einfache Geschwüre gelangten nach einer Woche zur Heilung. Vf. behandelte fünf mit tertiärer Lues behaftete Patienten in der Weise, daß er 3 bis 4 g Jodkali pro Tag innerlich gab, die Geschwüre mit Karbollösung reinigte, mit Jodoform bestreute und mit Quecksilberpflaster verschloß. Der Verbandwechsel war meistens nach 2—3 Tagen notwendig und Heilung konnte in keinem Falle vor sieben Wochen erzielt werden. — (Die Heilk., Nr. 5, 1906.)

Behandlung des Lupus vulgaris mit Umschlägen aus Kalium hypermanganicum.

Nach Brytschoff gestaltet sich die Behandlung des Lupus vulgaris mit Umschlägen aus Kalium hypermanicum folgenderweise: Nachdem man die lupösen Herde mit Seife gereinigt hat, bringt man auf dieselben Umschläge aus 1—2%igem Kalium hypermanganicum 10—15 Minuten lang. Diese Behandlung findet in den ersten zehn Tagen täglich statt, später mit zweitägiger Unterbrechung. Eine vollständige Heilung tritt nach 2—3 Monaten ein. Bei den nicht ulzerösen Formen von Lupus vulgaris wird das Kalium hypermanganicum in Form von Pulvern verwandt. — (Russ. med. Rundsch., Nr. 5, 1906.)

Radiumbehandlung des Ulcus rodens.

W. Heinatz hat 13 Fälle von Ulcus rodens mit Radium behandelt, 12 davon genasen vollständig. Er ist für die Anwendung kleinerer Dosen, keine zu lange Dauer der Anwendung und keine zu häufige. Meist genügten Sitzungen von 10 mg eine Stunde hindurch angewandt. Die Heilungsdauer schwankte zwischen vier Wochen und sechs Monaten. Die Reaktion der Gewebe beginnt meist schon nach zwei Tagen, bis dann Wunde und Infiltration sich mit einer Borke bedecken, unter der, wenn nicht Störung eintritt, sich eine weiche, glatte, gefäßarme Narbe bildet. Die Strahlen wirken destruierend auf die epithelialen Zellen, insbesondere die Kerne. Aufgabe der Therapie ist, solche Mengen zu finden, welche zwar die Zellen der Neubildung, nicht aber die des normalen Gewebes beeinflussen. Die Ungefährlichkeit und Schmerzlosigkeit der Behandlung und die anscheinende Sicherheit des Erfolges sichern der Radiumbehandlung des Ulcus rodens nach der Meinung des Vfs. eine große Zukunft. — (St. Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Behandlung des Ulcus cruris.

Für die Behandlung der Ulcera cruris mit dem Leimverbande tritt C. Metzlar (Niederl. Tijdschr. voor. Geneesk.) ein, da er ausgezeichnete Erfolge sah. Nach sorgfältiger Reinigung des Geschwüres und seiner Umgebung wird dieses mit einer dünnen Schicht Vioformgaze bedeckt und darüber ein Zinkleimverband gelegt. Die Zusammensetzung des Leimes ist folgende:

Gelatin. alb.	āā	150·0
Oxyd. Zinci		
Glycerin.		250·0
Aq. dest.		450·0

Der Leim wird vor dem Gebrauch im Wasserbad erwärmt und mit einem Pinsel

Digitized by Google

auf die Schichten der Marlybinden dünn aufgetragen.

Erster Verbandwechsel nach 2—3 Wochen. Meist genügt einmaliger Wechsel, um definitive Heilung zu erzielen. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 20, 1906.)

Behandlung des Erysipels mit Bierhefe.

Eine Arbeit von A. Strelkow über die Behandlung des Erysipels mit Bierhefe wird in der St. Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 19, 1906, referiert. Vf. versuchte die Wirkung der Bierhefe bei 30 Erysipelkranken. Die Behandlung gestaltete sich folgendermaßen: Den Patienten wurde dreimal täglich je ein Eßlöffel Hefe in einem halben Glas Bier gegeben. Die Hefe war immer frisch. Vf. kommt zu folgendem Ergebnis: 1. Die Anwendung der Hefe verkürzt den Verlauf des Erysipels. 2. Die Verbreitung des Erysipels wird durch die Bierhefebehandlung abgeschwächt. 3. Der Verlauf des Erysipels ist bei der Bierhefebehandlung ein leichter, obwohl Abszesse und Rezidive vorkommen. Um letzteren vorzubeugen, muß die Hefe bis zum Schwinden der Röte und bis zum Normalwerden der Temperatur gegeben werden. 4. In einigen Fällen bekommt man sogar den Eindruck einer coupierenden Wirkung der Hefe. 5. Bei Behandlung des Erysipels mit Hefe kann man ohne alle anderen therapeutischen Maßnahmen auskommen, außer einer Eisblase auf den Kopf bei hohen Temperaturen. 6. Die Temperatur fällt gewöhnlich kritisch ab gleichzeitig mit dem Aufhören der Ausbreitung des Erysipels. 7. Die Bierhefebehandlung ist die beste von allen bis jetzt empfohlenen Behandlungsmethoden, von einer Spezifizität derselben kann man aber noch nicht reden.

Beiträge zur Röntgen-Behandlung bei Leukämie.

Die Röntgen-Behandlung der Leukämie ist nach G. Kieseritzky als die aussichtsvollste Behandlungsmethode dieser Krankheit zu betrachten. Sie scheint jedoch nur eine symptomatische Wirkung zu haben. Eine Heilung auf diesem Wege scheint schon durch die beim Tierexperiment gemachten Erfahrungen ausgeschlossen zu sein. Die günstigste Prognose geben bei dieser Behandlungsmethode zweifellos die im Anfangsstadium befindlichen Fälle. Die vorgeschrittenen Fälle schließen eine Besserung nicht aus, sie zeigen jedenfalls erst bei längerer Bestrahlung eine solche, scheinen aber leichter zu rezidivieren und auch plötzlich einsetzenden Verschlimmerungen eher ausgesetzt zu sein. Die Röntgen-Therapie scheint bei der myeloiden Leukämie bessere Erfolge zu erzielen als bei der lymphoiden Leukämie. Die günstige Wirkung der Röntgen-Strahlen pflegt in der Regel zuerst sich in einer Aenderung der Blutzusammensetzung zu äußern, indem die Zahl der Leukozyten heruntergeht, der Hb-Gehalt und die Erythrozyten in die Höhe gehen. Gleichzeitig oder ein wenig später pflegt eine Besserung des Allgemeinbefindens, eine Abnahme der subjektiven Beschwerden einzutreten. Die Abnahme des Milzumfanges macht sich in der Regel erst nach einer längeren Reihe von Sitzungen bemerkbar, kann zuweilen auch einige Monate auf sich warten lassen. Bei längerem Aussetzen der Behandlung tritt zuerst eine Zunahme der Leukozyten und dann erst wieder eine Vergrößerung des Milztumors ein, ohne daß gleichzeitig im subjektiven Befinden des Patienten eine Verschlimmerung zu beobachten wäre. Um dem Auftreten eines Rezidives von vornherein vorzubeugen, ist eine in größeren Pausen vorzunehmende Röntgen-Nachbehandlung zu empfehlen, in der etwa 1—2mal wöchentlich Sitzungen vorgenommen werden.

Die bisher gemachten Erfahrungen sprechen dafür, daß eine zu energische Behandlungsmethode zu verwerfen ist. Ganz besondere Vorsicht ist nötig bei vorgeschrittenen Fällen, bei älteren Leuten und bei gleichzeitigem Vorhandensein anderweitiger Erkrankungen. Ob die ausschließliche Bestrahlung der Milz genügt oder ob nicht doch die kombinierte Milz- und Knochenmarkbehandlung vorzuziehen ist, muß erst die Folgezeit lehren. — (St. Petersb. Med. Wochenschr., Nr. 23, 1906.)

Digitized by Google

3. Rezeptformeln.

Menstruationsstörungen bei jungen Mädchen.

Rp. Aq. dest. Artemisiae 100·0
Syr. Croci 20·0
Aq. flor. Aurant. 10·0
Ol. folior. Rutae } āā gtt. V
Ol. Sabinae }

M. D. S. Alle zwei Stunden ein Eßlöffel voll zu nehmen. — (Bomberg.)

Laxans bei Gallensteinkolik.

Rp. Podophyllini 0·5
Extr. Bellad. 0·5
Pulv. rad. Liquir. } āā 2·5
Succ. Liquir. }

M. f. p. Nr. L.
D. S. Ein bis zwei Pillen zu nehmen. — (Dornblüh.)

Hämorrhoiden.

Rp. Folior. Sennae pulv. }
Magnes. ust. }
Sacch. pulv. } āā 10·0
Sulf. dep. }
Tart. depur. }

M. f. pulv.
D. S. Dreimal täglich ein gestrichener Teelöffel voll zu nehmen.

Chlorose.

Rp. Ferri reduct. 7·5
Glycerin. et Gelatin. q. s.
ut. f. pil. molles Nr. XC.

D. S. Dreimal täglich ein oder zwei Stück nach dem Essen zu nehmen. — (Leube.)

Akne, Blepharitis.

Rp. Ichthyoli 5·0
Amyli } āā 10·0
Zinc. oxydat. }
Vaselin. 30·0

M. D. S. Aeußerlich.

Dekubitussalbe.

Rp. Zinci sulfur. 2·5
Plumb. acet. 5·0
Tinct. Myrrh. 1·0
Vaselin. amer. ad 50·0

M. f. ungt.

4. Varia.

Um bestimmt zu wissen, ob die **Gonorrhöe noch besteht**, empfiehlt W. Kühn (Leipzig) die Anwendung des galvanischen Stromes in einer Stärke von 5 Milli-Ampère. Der positive Pol kommt bei liegender Stellung des Patienten auf die Sakralgegend, der negative steht mit den bekannten Olivenelektroden, von denen man gerade und gebogene braucht, in Verbindung. Letztere werden in einer der Weite der Harnröhre entsprechenden Größe eingeführt und auf- und niederbewegt, um ein Anätzen der Schleimhäute zu vermeiden. Nach etwa fünf Minuten sucht man durch Streichen von unten nach oben Sekret zu erlangen, wobei man oft schon äußerlich Ueberraschungen erlebt, denn es gelingt, sogar häutige Ablagerungen „hervorzulocken". Kuhn hat mit dieser Methode noch Gonokokken nachweisen können, als der Betreffende schon für gesund erklärt war, selbst aber nicht daran glaubte. — Diese Anwendung der Elektrolyse ist ein nicht zu unterschätzendes Mittel zur Beseitigung von Strikturen. — (Aerztl. Mitteil., Nr. 30, 1906.)

Diabetikerbrot und -Zwieback, welches angenehm schmeckt, bekömmlich ist und allen Anforderungen entspricht, die ein Diabetiker an ein solches Gebäck stellen muß, erhält man nach Rudich auf folgende Weise: Man tut einen entsprechenden Teil Weizenmehl in einen Leinenbeutel und wäscht ersteres unter Wasser derart aus, daß es keinen Stärkegehalt mehr besitzt. Es zeigt sich dies dadurch, daß das Wasser nicht mehr trübe wird. Aus der auf diese Weise gewonnenen Substanz, Gluten oder Kleber, läßt sich nun unter Benützung gehackten Fleisches und einiger Eier Fleischzwieback herstellen, dessen Geschmack sich durch Zutun von Fenchel äußerst angenehm gestalten läßt. Ein Zusatz von feingemahlener Kleie zu diesem Kleber mit Eiern und etwas Butter gibt sodann ein ebenfalls gutes Kleberbrot. Will man sich überzeugen, ob so hergestelltes Brot keinen

Digitized by Google

Stärkegehalt aufweist, so bestreicht man es mit Jodtinktur. Sofern die bestrichenen Flächen nicht blau gefärbt werden, kann man überzeugt sein, daß es allen Anforderungen entspricht. — (Ber. von Brückner und Lampe, 1905.)

Nach den Untersuchungen von Rosenfeld (Breslau) hat der **Alkohol** auf den Stoffwechsel keinen nachweisbar schädlichen Einfluß; er spart Eiweiß etwas besser als die gleiche Menge Zucker. In einem Organismus, in welchem er dem Stoffwechsel nach nicht giftig gewesen ist, hat er gewisse Intelligenzleistungen um 25% verschlechtert, die rohe Muskelkraft um etwa ebensoviel vermindert, das Herz durch Erhöhung der Reizbarkeit und Verschlechterung der Erholungsfähigkeit schwer geschädigt. Es ergeben sich hieraus nicht unwichtige Konsequenzen für die therapeutische Verwendung von Alkohol. — (Zentralbl. f. innere Med. Nr. 12, 1906.)

Bücher-Anzeigen.*)

Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 51 Vorlesungen. Ein Handbuch für Studierende und Aerzte von Dr. Theodor Billroth, weil. Professor der Chirurgie in Wien und Dr. Alexander v. Winiwarter, Professor der Chirurgie in Lüttich. XVI. Auflage. Berlin 1906. Druck und Verlag von Georg Reimer.

Als Billroth im Jahre 1879 die weitere Herausgabe der ihm so sehr ans Herz gewachsenen allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie seinem Schüler Winiwarter übertrug, schrieb er ihm u. a.: „Denken Sie immer daran, daß das Buch für Studenten ist, und daß man ihnen das Lernen, zumal im Anfang, möglichst erleichtern soll. Erhalten Sie in dem Buch auch womöglich den historischen Geist, den Zusammanhang mit der Vergangenheit." Und Winiwarter hat es verstanden, diese Forderungen des Meisters voll und ganz zu erfüllen. Das Buch hat sich all die Jahre hindurch jung erhalten; es ist ein Studentenbuch geblieben im besten Sinne des Wortes. Seine Hauptvorzüge sind eine ungemein fesselnde und klare Art der Darstellung, selbst bei der schwierigsten Materie, und ein eleganter, flüssiger und dabei doch knapper Stil. Darin wird es meines Wissens von keinem der vielen, sonst so trefflichen neueren Lehrbücher der allgemeinen Chirurgie erreicht, geschweige denn übertroffen. Es wird daher stets ein Lieblingsbuch des Studenten bleiben, aber auch der Praktiker wird nicht umsonst bei ihm Belehrung und Aufschluß suchen. Allen Fortschritten der jüngsten Zeit ist bereits Rechnung getragen; so ist die Biersche Behandlung mit Hyperämie gebührend berücksichtigt, selbst die kriegschirurgischen Erfahrungen des russisch-japanischen Krieges fehlen nicht. Wenn Ref. einen Wunsch äußern dürfte, wäre es der, daß die geradezu idealen Resultate der Behandlung aller Frakturen mittels permanenter Extension nach Bardenheuer eine etwas eingehendere Würdigung fänden. A. Haas, München.

Die Rasseschönheit des Weibes. Von Dr. C. H. Stratz. Fünfte Auflage. Mit 271 in den Text gedruckten Abbildungen und einer Karte in Farbendruck. Stuttgart 1904. 400 Seiten. Verlag von Ferdinand Enke.

Die vorliegende Neuauflage des bestens bekannten Werkes hat namentlich bei den protomorphen Rassen eine erfreuliche Erweiterung des Materials zu verzeichnen. Die fesselnde geistvolle Behandlung des Stoffes, die allen Werken des bekannten Vf. eigen, das jeden Gebildeten, ob Arzt, ob Künstler, ob Anthropologe, kurz die Aestheten in jedem Berufe fesselnde Thema, nicht zuletzt auch die vornehme Austattung (Enkescher Verlag!) werden auch der neuen Auflage neue Freunde erwerben, die alten erhalten. L.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Der gegenwärtige Stand der Gallensteinfrage.

Referat, erstattet in der Sektion Karlsbad des Zentralvereines deutscher Aerzte Böhmens am 17. Oktober 1906 von Dr. **Leo Klemperer** in Karlsbad.

Die große Flut der Gallensteinpublikationen hat sich sichtlich verlaufen, die größeren Kongresse des letzten Jahres beschäftigten sich mit dieser Frage gar nicht und soweit Berichte aus den ärztlichen Vereinen vorliegen, waren die Gallensteinkrankheiten nur in Nürnberg Gegenstand einer Berichterstattung und in Straßburg eines Vortrages. Der Aufforderung unseres verehrten Präsidenten folgend, habe ich die Zeitschriftenliteratur der letzten Zeit, soweit dieselbe zugänglich war, durchgelesen, die Publikationen und Referate der Gallensteinkrankheiten gesammelt, und erlaube mir nachstehend das Sammelreferat zu erstatten.

Die Pathogenese der Gallensteinbildung sowie die Pathologie der Gallensteinkrankheiten ist noch heute eine offene Frage. Die Ansicht Naunyns, wonach Gallenstauung und infektiöse Entzündung der Gallenwege die hauptsächlichste Ursache der Gallensteinbildung abgeben, bleibt noch immer aufrecht, wenn sie auch von einzelnen nicht in gleichem Maße anerkannt wird. Beer berichtet über die Obduktion von 12 Fällen, bei denen diese Bedingungen durch Choledochusverschluß und eine Cholangitis, die sich bis in die feinsten Lebergänge erstreckte, vorhanden waren, und doch waren Gallensteine in der Blase nur in denjenigen sieben Fällen vorhanden, bei denen der Choledochus auch durch einen Stein verschlossen war, während 5 Fälle, bei denen ein Tumor den Gallengang versperrte, Gallensteine vermissen ließen. Daraus folgt der Schluß, daß noch andere Momente, vielleicht Stoffwechselstörungen in der Leber, die Bildung der Gallensteine bedingen. Eine in tschechischer Sprache geschriebene Arbeit von Peiger bespricht die Ansicht von Thomayer, welcher ebenfalls die Bedeutung des primären Katarrhs bei der Gallensteinbildung nicht in dem Maße wie Naunyn anerkennt und auf drei andere Momente hinweist: 1. die Heredität, 2. die Beziehungen zu gewissen Zuständen im Geschlechtsleben des Weibes (Gravidität, Puerperium und Laktation), 3. den Abusus der Kohlehydrate, ungenügende Oxydation des Zuckers und Fettes und eine daraus folgende Störung des Stoffwechsels. Letzteres Moment illustriert er durch 24 Fälle, bei denen der Gallensteinbildung Abusus von Kohlehydraten vorausging, ein Fall hievon ist besonders charakteristisch, indem er einen Mann betraf, der, zweimal verheiratet, in zweiter Ehe, während welcher Süßigkeiten in großer Menge genossen wurden, den ersten Gallensteinanfall hatte.

Mit der noch immer unklaren Herkunft des Cholestearins beschäftigt sich eine experimentelle Arbeit Aschoffs (Münch. med. Wochenschr., Nr. 40), wonach das letztere nicht aus den Gallenblasenepithelien, sondern aus der Galle stammt. Die Gallenblasenschleimhaut resorbiert Neutralfette und Cholestearingemische derselben, welche sich bei Gallenstauung in den Epithelien anhäufen. Daselbst werden sie zerlegt, die Neutralfette schneller weitergegeben, während das Cholestearin in die Galle gelangt. Wie weit diese Tatsachen mit der Gallensteinbildung zusammenhängen, sollen weitere Versuche lehren. Mehrere Publikationen bestätigen, daß sich die Gallensteine auch außerhalb der Gallenblase, wenn auch selten bilden. So operierte Mac Artur einen Fall, der an Choledochusverschluß mit septischen Erscheinungen litt. Die Gallenblase wurde leer befunden, der Choledochus dagegen mit 250 in stinkendem Eiter eingebetteten Steinen angefüllt; die Obduktion ergab

Digitized by Google

eine eitrige Cholangitis und zahllose Steine in den Lebergängen.

Ueber einen Fall eines nußgroßen Steines bei vollständigem Fehlen der Gallenblase berichtet Perego.

Bezüglich der Diagnostik der Gallensteine hielt Thoret in Straßburg einen Vortrag, worin er eine Trias von Symptomen, nämlich anfallsweise auftretende hohe Temperatursteigerungen mit Ikterus ohne Schmerz als für Choledochussteine pathognomonische Symptome bezeichnet, doch kann ein Choledochusstein vorhanden sein, ohne diese Trias von Symptomen in ausgesprochener Weise hervorzurufen. Die Diagnose der Gallensteinkrankheiten bespricht Kehr in einem am 20. März 1906 gehaltenen Vortrage (die innere und chirurgische Behandlung der Gallensteine), auf den ich noch wiederholt zurückkommen werde. Das wechselnde Vorkommen des Ikterus (Fink hat 66%, Kehr 33% der Fälle), die Schwellung der Leber, das Auftreten der Koliken, der Gallenblasentumor, das Fieber werden aufgezählt, das verschiedene Auftreten dieser Symptome statistisch beleuchtet, ohne besonders neue, bisher unbekannte Momente anzuführen. Dem Boasschen Schmerzpunkte rechts neben der Wirbelsäule legt Kehr keine diagnostische Bedeutung bei. Einen Fall nervöser Leberkolik hat Kehr nicht beobachtet, alle Fälle, die sich ihm als solche vorstellten, hatten Gallensteine, dagegen publiziert Ewald in der Therapie der Gegenwart (September 1906) einen Fall eines Mädchens, das an Koliken litt, die vollständig den Charakter der Gallensteinkoliken trugen, sich jedoch durch die Häufigkeit ihrer Aufeinanderfolge, ihre Heftigkeit bei negativem objektiven Befunde auszeichneten. Die Operation ergab einen negativen Befund, doch hat der Anblick der Narbe das Mädchen allmählich und vorderhand von ihren Koliken geheilt. Bezüglich der speziellen Diagnostik, deren Schwierigkeit Naunyn hervorhebt, die jedoch von Kehr nicht anerkannt wird, stellt letzterer ein von seinem ersten Schema abweichendes neues Schema auf, welches ich nicht anführen will, da Kehr selbst zugibt, daß sich die Fälle schematisch nicht einreihen lassen, vielmehr die einzelnen Formen so ineinander fließen, daß sie sich nicht von einander trennen lassen.

Bezüglich der Klinik der Cholelithiasis liegen neben der Publikation Kehrs eine Reihe Arbeiten der Karlsbader Aerzte vor, welche ich chronologisch aufeinander folgen lasse. In erster Linie stoße ich auf die letzte Arbeit Finks, publiziert in der Wien. med. Wochenschr. (24—27) und in der Pr. med. Wochenschr., Aug. 1906. Die Arbeit Finks betrifft vorerst statistische Bestätigungen der bekannten Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes in Bezug auf Gallensteinerkrankungen, Angaben über das Alter und Beschäftigung der Patienten, Mitteilungen, welche die Heredität der Erkrankung bezweifeln, den Einfluß gewisser Infektionskrankheiten dagegen bekräftigen lassen. Das häufige Vorkommen chronischer Obstipation, welche bis in das Kindesalter der Patienten zurückgreift, wird hervorgehoben, und Fink stellt einen kausalen Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und der Gallensteinbildung dar, indem er allerdings hypothetisch meint, daß durch die chronische Obstipation eine Stauung des Blutes, der Galle und des Darminhaltes besteht, welche die Resorption der Zersetzungsprozesse zur Folge hat. Gerade diese letztere sei es, welche auf die Sekretion der Gallenflüssigkeit, auf die Tätigkeit der Leberzellen mit der langen Dauer der Jahre einen Einfluß äußert, welcher weiterhin eine Aenderung in der Sekretion zur Folge hat. Es wäre die Gallensteinbildung oder wenigstens die Neigung hiezu gewissermaßen durch Toxinwirkung zu erklären. Eine Hypothese allerdings, welche noch des Beweises harrt. Fink führt alle Erscheinungen pathologischer Natur an den Gallenwegen auf mechanische Entstehungsweise zurück, der Entzündung und Infektion schreibt er dagegen nur eine sekundäre Rolle zu und legt bei der Karlsbader Kur, deren cholagoge Wirkung hervorhebend, auf die Durchspülung der Gallenwege das Hauptgewicht. Diese Schlußfolgerung glaubt Fink aus dem objektiven Befunde machen zu können, den er an der Leber und Gallenblase bei Beginn und nach Beendigung der Kur zu

Digitized by Google

konstatieren in der Lage ist. Fink behauptet, daß in 80·18% der Fälle, bei objektiv normalen Gallenblasen Veränderungen an der Leber zu finden sind, welche er als anatomische bezeichnet, die sich jedoch nur durch klinische Symptome, nämlich die mehr oder weniger vergrößerte, für den Finger palpable Leber mit oder ohne Schmerzhaftigkeit manifestierte. Er rubriziert die Fälle nach der Anzahl der Querfinger, um welche der Leberrand in der parasternalen Linie tiefer steht, als dies in der Norm zu sein pflegt und schließt aus den Endresultaten der Kur, welche sich wieder auf den Leberbefund beziehen, daß die Kurzeit von 3—4 Wochen zu kurz sei, daß sie auf 5—6 Wochen verlängert und im Bedürfnisfalle auch zweimal im Jahre wiederholt werden soll. In derselben Richtung bewegt sich der zweite Aufsatz Finks, in der Pr. med. Wochenschr. publiziert, und auf das Gallensteinmaterial des Jahres 1905 bezugnehmend. Bei der großen Bedeutung, welche Fink der Leberschwellung zuschreibt, sei hier sofort die gegenteilige Ansicht Kehrs mitgeteilt. Dieser bezieht die große Zahl der Leberschwellungen, welche Fink bei seinen Patienten gefunden haben will, auf das eigenartige Material, das letzterem in Karlsbad zu Gebote steht. Er hat sich bei Operationen wiederholt davon überzeugt, daß angeblich vergrößerte Lebern bloß gesenkt sind oder daß man die Gallenblase oder das mit ihr verklebte oder verwachsene Netz für die Leber hielt. In 80% der Fälle habe die Leber gar keinen Grund, anzuschwellen und Kehr selbst berechnet, wenn man alle Gallensteinkranke im Auge hat, das Vorkommen der Leberschwellung bei 10 bis 20% der Fälle, denn auch bei Steinen im Choledochus kann sie, wie der Ikterus in 33% fehlen. Kuckein, welcher seine Beobachtungen an 171 sicher konstatierten Fällen von Cholelithiasis, die er in Karlsbad ein- und mehreremal behandelt hat (Lichtheims Festschr. Arch. f. kl. Medizin), findet Leberschwellung in 48·9%, Körte in 49%, Merck wiederum in 24%. Nur die Beobachtungen an eigenem Material können die Richtigkeit der verschiedenen Angaben bekräftigen.

Kuckeins Arbeit bildet eine Zusammenstellung der klinischen Erscheinungen der Cholelithiasis unter Illustrierung einschlägiger Schulfälle, welche bei der Gleichartigkeit des in Karlsbad zur Behandlung gelangenden Materials wohl jeder beschäftigte Arzt ergänzen kann. Kuckein macht speziell auf die Differentialdiagnose zwischen Cholelithiasis und Echinokokkus aufmerksam und beweist durch einen Fall, daß es möglich sei, Gallensteine durch die Bauchdecken zu tasten, indem er bei einer Frau, welche nie Koliken hatte, vielmehr an hartnäckigem Erbrechen litt, imstande war, die Gallenblase zu tasten, wobei der Tumor bei der Palpation deutlich eine quere Furche darbot. Bei der Operation fand man zwei aneinander liegende Gallensteine, welche eine Cholezystitis und Perichlolezystitis verursacht haben. Der Verlauf der Gallensteinkrankheiten ist ein so variabler, daß die anatomische Diagnose sehr schwierig sich gestaltet und daher die Einteilung Naunyns in typische und atypische Formen beizubehalten ist. Die Karlsbader Kur hat namentlich dort gute Dienste geleistet, wo sie schon nach der ersten, wenn auch leichten Manifestation gebraucht wurde, und wenn es möglich wäre, die mannigfachen Störungen der Verdauung, welche den ersten Koliken oft vorangehen, als Vorläufer der Gallensteinkrankheiten rechtzeitig zu deuten, wäre es gewiß möglich, durch eine gewissermaßen prophylaktische Kur dem Ausbruche der Krankheit vorzubeugen. Der Ikterus ist oft ein lithogener; namentlich in den Fällen, die sofort mit einer Kolik und darauf folgendem kurz dauernden Ikterus erkranken, handelt es sich gewöhnlich um einen Durchtritt des Steines in und durch den Choledochus. Einen günstigen Erfolg der Karlsbader Kur, bestehend in drei- und mehrjähriger Latenz, konnte Kuckein in 69·8% der Fälle nachweisen. In Fällen, wo Koliken sich häufen, ohne daß Ikterus auftritt oder Steine abgehen, sind alle Hilfsmittel der internen Behandlung zu erproben, ehe an die chirurgische Behandlung geschritten wird. Von 22 solchen Fällen wurden drei operiert, fünf schon vor der Kur, drei da-

Digitized by Google

von nach Chologen gebessert, einer blieb unbeeinflußt, 13 wesentlich gebessert. Kuckein beobachtete auch bereits einen Fall von Rezidive mit Steinabgang, ob es sich um neugebildete oder zurückgebliebene Steine handelt, ist nicht erwiesen.

Aldor publiziert in der Berl. klin. Wochenschr., Nr. 39, einen Aufsatz, wo er im Gegensatz zu Fink die infektiöse Aetiologie der Gallensteinkrankheiten behauptet und jede mechanische Entstehung der Beschwerden leugnet. Die Infektion der Gallenblase geht vom Darme aus; die Untersuchung der Fäzes der nichtikterischen Gallensteinpatienten (ob nach Probekost, wird nicht angegeben) ergab in der übergroßen Mehrzahl der Fälle Dünn- und Dickdarmkatarrhe oder zumeist eine Kombination beider Zustände. Die Wirkung der Karlsbader Quellen ist durch Empirie sichergestellt, ihre Angriffspunkte derzeit nicht feststehend, doch sollen nur diejenigen Patienten, die von Symptomen einer Cholezystitis ganz frei sind, die in Karlsbad übliche Bewegung machen, auch eine geringe Schmerzhaftigkeit in der Gallenblasengegend oder am Leberrande erheischt eine Ruhekur.

Kehrs bereits zitierte Arbeit wiederholt nur die durch Erfahrung und Literatur bekannten Symptome der Cholelithiasis und wendet sich in energischer Weise gegen die mit großer Reklame in Vertrieb gesetzten, als Universal-Heilmittel gepriesenen „Gallensteinmittel", wobei er namentlich auf die oft wirkungslose Behandlung mit Chologen hinweist und die Haltlosigkeit der Behauptungen Glasers in Bezug auf die Aetiologie der Gallensteinleiden als Konstitutionskrankheiten nachweist. In lobenswerter und scharfer Weise wendet er sich gegen die kurpfuscherischen Gallensteinkuren, die nur deshalb Erfolge haben, weil die Gallensteinkrankheiten eben häufig den Charakter haben, auch ohne oder trotz der Behandlung im Stadium der Latenz zu verharren. Die nach solchen Kuren oft „abgetriebenen" Steine sind gewöhnlich Seifenformationen. Interessant ist bei dieser Gelegenheit ein Fall Naunyns, welcher einen Arzt betrifft, der längere Zeit an Magendarmbeschwerden litt, die einmal den Charakter einer Perityphlitis hatten, einmal in kolikartigen Beschwerden sich manifestierten. Nach einer hohen Irrigation gingen zahllose steinartige Gebilde ab, welche sich als Schellacksteine entpuppten, deren Aetiologie darin bestand, daß der Arzt einer Gingivitis wegen durch lange Zeit ein Mundwasser mit Tinctura Ratanhiae et Myrrhae āā. benutzte, dem Wasser soviel Harz zusetzte, daß dasselbe in Flocken herausfiel; mit dem Speichel bildeten sich Schleimhüllen um das Harz, welche im Magen aufgelöst wurden, worauf die Steine in den Darm übergingen. Auch eine solche Aetiologie der „abgetriebenen" Steine kann bei manchen kurpfuscherischen Mitteln angenommen werden; ich vermute nach Andeutungen einer Patientin, welche eine sogenannte Salabakur, nach der verstorbenen Frau Salaba genannt, und in Böhmen sehr bekannt (ein bedeutender Chirurg ließ seine eigene Mutter eine solche Kur durchmachen), daß es sich auch hiebei um ähnliche Kunstprodukte handle. Bauermeister empfiehlt neuerdings (Therap. Monatsh., Nr. 3, 1906) sein Mittel, das er Probylin nennt; es sind Pillen, welche aus ölsaurem Natron, Salizylsäure, Menthol und Phenophthalein bestehen, von denen durch 20—30 Tage täglich des Morgens 3—4 Pillen in warmem Getränk genommen werden, bei Einhaltung einer vernünftigen Diät. Bauermeister versendete an 80 Patienten, welche in den Jahren 1902—1903 solche Kuren durchgemacht haben, Fragebogen, ihr ferneres Befinden betreffend; er erhielt 42 Antworten, von denen waren vier ganz negativ, 38 Berichte waren jedoch insofern günstig, als 17 sich als gebessert, 21 als voll geheilt erwiesen haben sollen.

Die Indikationsstellung Kehrs bezüglich der Operation hat sich wesentlich nach der konservativen Seite hin geändert, er rät nur dann zur Operation, wenn innere Kuren erfolglos waren und die Krankheit so auftritt, daß nur eine Operation sicher helfen kann (Empyem der Gallenblase) oder die Erwerbsfähigkeit und Lebensfreude in hohem Maße gestört sind. Bei Eintritt des Choledochusver-

Digitized by Google

schlusses empfiehlt Kehr eine Wartezeit bis zu drei Monaten. Auch sonst ist für Kehr der Grad der anatomischen Veränderungen, welche er aus Verlauf und Befund mit großer Wahrscheinlichkeit diagnostizieren zu können glaubt, der Leitstern der therapeutischen Indikationsstellung. Die leichteste Operation ist wohl die Eröffnung der Blase und Entfernung der Steine, hernach kommt die Zystektomie, bei welcher ein Mortalitätsprozent von 3 bis 4% zu verzeichnen ist, wobei die Todesursache ausschließlich der Operation und den damit verbundenen Gefahren zufällt.

Kehr stellt die Behauptung auf, daß jeder, der über 5% Mortalität hat, schlecht operiert; demgegenüber publiziert Stieda (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 47, H. 3) eine Statistik über 140 in der chirurgischen Klinik in Königsberg an 131 Personen ausgeführte Operationen der Gallenwege, von denen 103 an Gallensteinen litten; die Mortalität beträgt im ganzen 10%, 7% bei den gutartigen, 47% bei den bösartigen Erkrankungen, 9% behielten Bauchhernien und in 13% traten Komplikation seitens der Lungen und Bronchien hinzu, welche das Leben bedrohten. Die Frage der Rezidive bespricht Kehr in eingehender Weise; jeder einzelne Fall wird registriert, der Unterschied zwischen echter und unechter Rezidive scharf markiert, zum Schlusse gibt jedoch Kehr zu, daß es, wenn auch sehr selten, zu einer echten Rezidive kommen kann. Allerdings, und das gibt auch Kehr zu, ist es dem Patienten ganz gleichgiltig, ob er eine echte oder unechte Rezidive hat, ob Verwachsungen, zurückgebliebene oder neugebildete Steine ihm neue Qualen, von denen ihn die Operation befreien sollte, verursachen; daß es nicht gar zu häufig geschieht, ist ein Glück, sonst müßte die relative Indikation der Operation wesentlich eingeschränkt werden. Wenn Kehr glaubt, durch die Publikationen der Rezidiven schädige man die Gallensteinchirurgie, dann ist dies nicht richtig; hier handelt es sich nicht um die Chirurgie oder innere Medizin, sondern um den Patienten, und diesem müssen alle Eventualitäten vor Augen gebracht werden, damit nicht von Zeit zu Zeit Enttäuschungen und Mißtrauen bei Patienten und Aerzten sich einstelle. In dieser Weise ist eine Arbeit von Ritter (Münch. med. Wochenschr., Nr. 38 u. 39) sehr beherzigenswert; sie nimmt Beziehung auf alles bisher referierte. Vorher jedoch hebt Ritter hervor, was bisher in den Diskussionen selten beachtet wurde, daß die Gallensteinkrankheiten zu jenen Krankheiten gehören, welche das Leben selbst in den seltensten Fällen bedrohen. Unter 2619 Sektionen in Erlangen im Jahre 1905 sind in zehn Fällen oder 0·6% die Gallensteine die unmittelbare Todesursache gewesen. Hernach wird das Mortalitätsprozent der Cholelithiasisfälle in den Jahren 1862—1888 verglichen mit dem Mortalitätsprozent nach diesem Jahre, in welchem in Erlangen die erste Gallensteinoperation gemacht wurde und es stellt sich heraus, daß dasselbe in der voroperativen Zeit 3·6%, während der operativen Periode 8·7% beträgt. In München beträgt das Mortalitätsprozent der Cholelithiasis 2·9%, eine Ziffer, die durch ausgiebiges Operieren gewiß nicht herabgedrückt werden kann, wenn man bedenkt, daß die Chirurgen bei leichteren Eingriffen 3·5% und bei schwereren über 5% Mortalität verzeichnet. In Karlsbad beträgt das Sterbeprozent 0·052 vor und 0·078 nach Einzug der Chirurgie. Aus diesen Ziffern geht demnach hervor, daß die Chirurgie wohl vielen das Leben gerettet hat, welche ohne Eingriff sicher gestorben wären, daß jedoch eine größere Anzahl Patienten das Leben verloren hat, die ohne den Eingriff vielleicht ein hohes Alter erreicht hätten, wenn auch unter Leiden, die aber auch spontan zum Stillstande gelangen können oder doch längere Intervalle aufzuweisen vermögen. Ich habe einen solchen Fall in meiner eigenen Familie, eine 32-jährige, bis auf ihre zwei Gallensteine ganz gesunde, muntere Frau betreffend, erlebt, welche 3 Tage nach einer unkomplizirten Cholezysteotomie an Hämatemesis starb, und weiß daher, mit welchem Ernst eine jede solche Situation aufgefaßt werden muß, ehe man dem unbeschränkten Optimismus der Chirurgen Glauben schenken darf. Ritter berichtet über 28 Fälle, bei

Digitized by Google

denen die Kranken nach der Operation in verschiedenen Fällen neuerliche Beschwerden aufzuweisen hatten; darunter befindet sich ein Fall, bei welchem ein Jahr nach der Operation unter heftigen Koliken ein Stein abging, der von einem Seidenfaden durchzogen war, also ein Fall unzweifelhafter Neubildung eines Steines um eine Ligatur. Betreffend die Erfolge der inneren Behandlung ist die Schwäche der Beweisführung durch Umfrage bei den vorher behandelten Patienten anerkannt, da die günstige Antwort über Nacht Lügen gestraft werden kann, und die Wirkungsweise der inneren Mittel, ihr pharmakodynamischer Effekt noch ganz dunkel ist. Die cholagoge Wirkung der Karlsbader Quellen, durch Empirie und Beobachtungen an Gallenfisteln wahrscheinlich gemacht, wird durch das Tierexperiment nicht bestätigt. Sohin muß auch der Versuch, die Anwendungsweise der Quellen in anderer als der durch Erfahrung gesicherten Weise, stets als ein willkürlicher bezeichnet werden, der eine alte Schablone durch eine neue ersetzt. Eine Verlängerung der Kurdauer von den objektiv nachweisbaren Ursachen abhängig zu machen, scheitert deshalb, weil eben diese materiellen Veränderungen, die sich während und infolge der Kur zweifelsohne am Gallensystem heranbilden, sich dem objektiven Nachweise entziehen, und ein vermeintlicher Nachweis derselben, die An- und Abschwellungen der Leber, das Tasten von Verwachsungen und Steinen, zumeist auf Täuschung beruht. Neben dem tastenden Finger wird bei aller diagnostischen Geschicklichkeit das subjektive Befinden des Patienten bei Bemessung der Kurzeit und der quantitativen Verordnung der Quellen maßgebend sein, eine Verlängerung derselben über vier Wochen oft an der Leistungsfähigkeit des Magens ihre Grenze finden, wobei in Karlsbad der günstige Umstand vorhanden ist, daß man durch die verschieden temperierten Quellen dem Individualisieren volle Rechnung tragen kann. Geht man von der Anschauung aus, daß die Salze im Wege der Osmose die Gallensekretion anregen, müßte man entgegen der Ansicht Deckers das Quantum des Wassers eher herabsetzen, dessen Konzentration jedoch durch Zusatz von Sprudelsalz steigern und die Lösung zur isotonischen Höhe des Blutes bringen. Unter den sonst empfohlenen Mitteln hat sich Ritter, soweit man eben den Angaben von Patienten Glauben beimessen darf, das Chologen verhältnismäßig am besten bewährt. Ausgehend von den Untersuchungen Pawlows, daß durch Zufuhr von Oel die Gallensekretion angeregt werden kann, weil das erstere zur Verseifung die Alkalien der Galle benötigt, hält Ritter die Zufuhr fertiger Seifen, wie Cholelysin, für ganz widersinnig.

Wenn wir die referierten Arbeiten nunmehr resümieren und dieselben mit den grundlegenden Arbeiten Naunyns, die er vor 15 Jahren publiziert hat, vergleichen, finden wir, daß unsere Kenntnisse durch die Kasuistik der Operationen sich auf pathologisch-anatomischem Gebiete wesentlich erweitert haben, daß jedoch die Klinik und die Pathologie der Gallensteine sich noch immer auf dem gleichen Standpunkte befinden; die Chirurgie hat das große Verdienst, vielen Menschen, die sonst dem Tode verfallen wären, das Leben erhalten zu haben, anderseits jedoch ist es unsere Aufgabe, die relativen Indikationen mit großer Gewissenhaftigkeit zu erwägen und erst alle Hilfsmittel der internen Therapie zur Anwendung bringen, ehe wir den Patienten, den wir auf alle auch unerwarteten Gefahren der Operation aufmerksam machen und die Möglichkeit neuerlicher Beschwerden, um das Wort Rezidive zu vermeiden, nicht außer Acht lassen, dem Chirurgen zuweisen. Wenn Kehr seine Ausführungen in der Richtung schließt, daß nunmehr nach gegenseitigen Konzessionen die Diskussion in der Cholelithiasisfrage zwischen Internisten und Chirurgen geschlossen sei, so gilt dies nur für die Indikationsstellungen der therapeutischen Maßnahmen bei dem jetzigen Stande der Dinge. Auf dem Gebiete der Pathogenese der Gallensteine und der Pathologie der Gallensteinkrankheiten ist noch alles unentschieden und deshalb sprießt das Kurpfuschertum auf diesem Gebiete in so üppiger Weise. Die Publikationen der Karlsbader Aerzte ba-

Digitized by Google

sieren nur auf Erfahrungstatsachen; eine exakt wissenschaftliche Basis ist ihnen bisher entzogen. Ein physiologisch-chemisches Institut in Karlsbad, wo die größte Menge der Gallensteinkrankheiten in ihrer ganzen Mannigfaltigkeit zur Beobachtung gelangen, in welchem unter Leitung eines anerkannt tüchtigen Physiologen und Chemikers Untersuchungen über die Gallensekretion und den Einfluß der Kur auf dieselbe, die Zirkulationsverhältnisse im Abdomen unter der Einwirkung der Kur und viele andere Fragen auf dem Gebiete der Abdominal- und Stoffwechselerkrankungen ihre Erforschung finden könnten, würde diesbezüglich reiche wissenschaftliche Früchte tragen und dem ersten Kurort der Welt auch die Führung auf balneologisch-wissenschaftlichem Gebiete sichern. Die Sektion Karlsbad des Zentralvereines deutscher Aerzte Böhmens hat bei den kompetenten Behörden die Errichtung eines solchen Instituts angeregt und wird in dem Streben nach demselben, trotz einer gerade von ärztlicher Seite angeregten, bald mit mehr, bald mit weniger Geschmack geführten Opposition, nicht erlahmen.

REFERATE.

Innere Medizin.

Lunge und Pleura. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Ueber Asthma bronchiale.** Von Strübing.
2. **Cocillaña als Expektorans bei Lungentuberkulose.** Von G. W. Norris.
3. **Günstige Beeinflussung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas durch Röntgen-Strahlen.** Von Th. Schilling.
4. **Parasternale Dämpfung und Aufhellung bei Pleuritis.** Von Franz Hamburger.

1. Die erste Aufgabe der Therapie ist es, die Atembewegungen des Kranken während des Anfalls zu regulieren, d. h. zuerst die forcierten Exspirationsbewegungen zu unterdrücken, dann die Inspirationen zu verlängern und zu vertiefen. Durch richtige Anleitung vermag man hiebei sehr viel zu erreichen; empfohlen wird, den Kranken mit mäßig lauter Stimme und unter besonderer Dehnung der Vokale zählen zu lassen. Die Anwendung der Narkotika ist dann nicht zu entbehren, wenn der Wille des Kranken nicht hinreicht, den Hustenreiz zu unterdrücken und die Atmung zu regeln. — In vielen Fällen muß der Katarrh behandelt werden, wobei zur Verflüssigung des zähen Sekrets Jodpräparate und die bekannten Inhalationsmittel (Stramonium) gute Dienste tun; letztere setzen auch die Empfindlichkeit der Schleimhaut herab. Günstig wirkt auf den Katarrh auch das Atropin, innerlich oder subkutan oder durch Inhalation mit dem Tuckerschen Apparat. Letzter ist teuer (64 Mk.), aber sorgfältig gearbeitet; das Tuckersche Geheimmittel zur Inhalation soll aus Atropin. sulfur. 0·15, Natr. nitros. 0·6, Glyzerin 2·0, Aq. dest. ad 15·0 bestehen; bei jeder Sitzung werden zirka 0·12 mg Atropin verbraucht. Man erzielt gute Erfolge damit; doch ist die Gefahr einer Intoxikation nicht ausgeschlossen. „Apnol" von Cholewa erwies sich Strübing als nutzlos; über die Brügelmannsche Flüssigkeit fehlt ihm Erfahrung. Nicht versäumen darf man bei der Behandlung des Bronchialasthmas die Beseitigung eventuell vorhandener Affektionen der oberen Luftwege, sowie die Roborierung des Nervensystems. — (Deutsche med. Wochenschr., 23. Aug. 1906.)

2. Cocillaña ist ein Extrakt der Rinde von Sycocarpus Rusbyi, einer Meliacee Bolivias. Ob das aktive Prinzip ein Alkaloid oder Glykosid ist, ist nicht bekannt. Seine Wirkung soll der der Ipekakuanha ähnlich sein, doch soll es mehr reizen und gleichzeitig als mildes Laxativ und Kardiotonikum wirken. In Dosen von 1·2—3 g soll die Rinde Erbrechen, Durchfälle, Prostration, heftigen Schnupfen und Kopfschmerzen hervorrufen. Man gibt 3—4-stündlich 5—25 Tropfen des Fluidextrakts. Norris hat das Mittel in 31 Fällen von Tuberkulose verwendet,

Digitized by Google

und zwar nur da, wo ein Expektorans indiziert schien. Von den 31 Patienten standen 6 im I., 12 im II. und 13 im III. Stadium der Krankheit. Für die Dosierung ergaben die Versuche, daß am besten die dreistündliche Verabreichung von 5 Tropfen wirkt. Eine deutliche Besserung wurde erzielt in 7, eine geringe in 14, keine in 8, eine deutliche Verschlechterung in 2 Fällen. Die Besserung zeigte sich besonders in einem Flüssigerwerden des Sputums, so daß es leichter ausgehustet werden konnte. Der Husten selbst wurde wenig beeinflußt, ebensowenig meist die Sputummenge. In einem Falle, bei dem sich bei der Autopsie schwere Darmtuberkulose ergab, kam es zu Nausea und Erbrechen. Auf Puls und Herz wirkte das Mittel gar nicht; ebensowenig wurde Neigung zu Hämoptoe berührt. Keiner der Patienten zeigte Kopfweh oder andere Vergiftungserscheinungen, wie bei den niederen Dosen nicht anders zu erwarten. — (The Therapeutic Gazette, 15. Juni 1906.)

3. Schilling kam durch einen Zufall, die günstige Beeinflussung eines Bronchialasthmas durch eine diagnostische Röntgen-Durchleuchtung, dazu, chronische Bronchitiker zu bestrahlen. Er teilt sieben Fälle mit, in denen in der Tat im Anschluß an eine einmalige Bestrahlung die Sputummengen sich auffallend minderten, und das subjektive Befinden, speziell die Nachtruhe, sich wesentlich besserte. Die Besserung, bezw. das völlige Nachlassen der Bronchorrhöe und des Asthmas hält in einigen Fällen 2—3 Monate an. Nach Ansicht Schillings handelt es sich dabei um eine Beeinflussung der schleimproduzierenden Drüsen der Bronchialschleimhaut; sicher spielt die starke Durchlässigkeit der Lunge für Röntgen-Strahlen eine wesentliche Rolle.

Man wird mit der neuen Behandlungsmethode natürlich die besten Erfolge bei einfachen Bronchitiden mit Emphysem und Bronchiolitiden mit Asthmaanfällen erzielen; bei Herz- und Lungenkranken viel weniger gute. Bei der Bestrahlung sitzen die Kranken und werden von zwei bis vier und mehr Seiten bestrahlt, unter Bevorzugung der stärkst affizierten Stellen, unter Vermeidung der Stellen mit dicker Muskulatur. Die Dauer der Bestrahlung beträgt 10—15, auch 20 Minuten, bei 15 cm Abstand und Verwendung einer harten Röhre. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1906.)

4. Perkutiert man bei einem Kinde mit pleuritischem Exsudat die gesunde Seite, so wird man in den äußeren Partien sonoren Lungenschall, in den dem Exsudat benachbarten dagegen Abschwächung desselben konstatieren — parasternale Dämpfung (entsprechend der paravertebralen bei Perkussion des Rückens); das Exsudat selbst wird in den der gesunden Seite benachbarten Partien helleren Schall geben als in den äußeren — parasternale Aufhellung (ebenfalls entsprechend der paravertebralen). Die Ursache dieses Phänomens liegt darin, daß bei der Perkussion einer Thoraxseite die andere mitschwingt, und dies umsomehr, je näher der Mittellinie man perkutiert. So wird also auf der Exsudatseite der Schall median heller sein als außen, da dort das der gesunden Seite bei Perkussion näher zur Geltung kommt; umgekehrt wird auf der gesunden Seite bei Perkussion mehr dem Sternum bezw. der Wirbelsäule das Wegfallen des Mitschwingens der anderen Seite sich in einer Verkürzung des Schalles äußern. — (Wien. klin. Wochenschr., 5. Juli 1906.)

Tuberkulose.

1. **Wirkung des Blutserums von Rekonvaleszenten tuberkulöser Pleuritis auf Lungentuberkulose.** Von L. Baldassari und C. Minerbi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

2. **Ein Tee zur Behandlung der Hustenleiden.** Von J. P. Bergmann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

3. **Ueber die Bedeutung von Haemoglobinuntersuchungen für die Prognose der chronischen Lungentuberkulose.** Von C. Blümel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

4. **Die Anwendung des Tuberkulin neu bei der Behandlung von Lungenschwindsucht.** Von F. Krüger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

5. **Ueber die therapeutische Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter.** Von F. Ganghofner, Prag. Ref. Einstein, Stuttgart.

Digitized by Google

6. Die akute tuberkulöse gutartige Polyarthritis. Ref. Einstein, Stuttgart.

7. Die diagnostischen Schwierigkeiten der chronischen Lungentuberkulose im Anfangsstadium. Von Louis Rénon, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.

1. Ausgehend davon, daß Individuen, die eine tuberkulöse Pleuritis überstanden haben, einen besonderen Reichtum an Schutzstoffen haben müssen, injizierten Baldassari und Minerbi zwei vorgeschrittenen, doppelseitigen Tuberkulösen mit hohen Abendtemperaturen derartiges Serum, in zwei Monaten 40 cm³ in zehn Einzeldosen bezw. 61 cm³ in 15 Einzeldosen. Allmählich schwand das Fieber, der Allgemeinzustand und der Lungenbefund besserten sich derart, daß eine Patientin arbeitsfähig entlassen wurde, während die andere sich noch in gutem Zustand im Krankenhaus befindet. — (Gazz. degli osped., 20. Mai 1906.)

2. Bergmann empfiehlt als Tee zur Behandlung der Hustenanfälle der Phthisiker, bei rein nervösem Reizhusten, bei Influenza, bei chronischem Luftröhrenkatarrh der Emphysematiker, Kehlkopfreizung folgende Mischung: Herba Galeopsidis grandiflorae, Herba Polygalae amarae, Herba Tussilaginis Farfar., Lichen islandicus, Rad. Liquiritiae, Semen Phellandrii aquatici, Semen Anisi, Semen foeniculi (als „Dr. Bergmanns Herbosanum" von der Kommandantenapotheke, Berlin C. fertig geliefert.) — (Berl. klin. Wochenschr., 13. August 1906.)

3. Aus der Untersuchung von 195 Fällen ergibt sich, daß vergleichende Hämoglobinbestimmungen für die Prognose der Phthise wertlos sind. Einmal zeigten 40% der Kranken des dritten Stadiums einen Hb-Gehalt von 100% und mehr, weiter zeigten eine Reihe von Fällen eine deutliche Verschlechterung des Lokalbefunds bei steigenden Hb-Zahlen. Das Blutan (von der Firma Dieterich) ein Liquor ferro-mang. pept., zeigte sich dabei als ein recht brauchbares Mittel zur Besserung des Hb-Gehalts. — (Med. Klinik., 12. Aug. 1906.)

4. Krüger hat seit 2½ Jahren 26 Fälle von Lungentuberkulose mit Neutuberkulin behandelt und gute Resultate erzielt. Das Verfahren wurde gemäß der Vorschrift angewendet, nur stieg Vf. nicht bis zu 2 g, sondern nur bis zu 1 g unverdünnten Tuberkulins, und zwar hielt er sich dazu für berechtigt, weil gerade in den ersten Wochen bei den niederen Dosen die Besserung am auffallendsten und schnellsten erfolgte, dagegen zu Ende der Behandlung ein Stillstand eintrat. Von den behandelten 26 Personen standen 21 in Anfangs- und 5 in vorrückteren Stadien der Krankheit; von den letzteren wurden 3 soweit gebessert, daß sie sich jetzt seit 1½—2 Jahren gesund und arbeitsfähig fühlen; bei 2 anderen wurde die Kur wegen ihrer Resultatlosigkeit abgebrochen. Von den 21 Patienten im Anfangstadium starb einer nach interkurrenter Krankheit an florider Phthise, von einem konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, die übrigen 19 sind gesund geblieben, drei seit mehr als zwei Jahren. Die Behandlung war eine ambulante; neben ihr wurde für gute Ernährung, Schutz vor Erkältung gesorgt, was sich bei ärmeren Patienten oft nur unvollkommen erreichen ließ. Mit wenigen Ausnahmen gingen die Patienten ihrer gewohnten Beschäftigung nach; ihre Temperatur maßen sie mehrmals am Tage. Die Behandlung ist nicht ganz beschwerdelos: nach der ersten Injektion klagen die Kranken an demselben, zuweilen auch noch am nächsten Tage über Mattigkeit, Gliederziehen, Kopfschmerzen (in einem Falle Erbrechen); die Allgemeinreaktion wird im Laufe der Behandlung weniger; die lokale Reaktion besteht in bald verschwindender Rötung und Schwellung und etwas länger anhaltender Schmerzhaftigkeit. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 26, 1906.)

5. Ganghofner hat an zwölf Kinder die Tuberkulinkur vorgenommen; bei zwei Fällen von chronischer Lungen- bezw. Kehlkopftuberkulose hatte er den Eindruck einer günstigen Beeinflussung, bei den anderen Fällen — meist Kindern mit Skrofulose — blieb der Erfolg zweifelhaft, wenn auch einige gute Gewichtszunahmen erzielt wurden. Eine auffällige Konstitutionsänderung, wie sie Pe-

Digitized by Google

truschky schildert, sah Vf. nicht. Jedenfalls sah Ganghofner aber auch niemals eine Schädigung infolge der Tuberkulinkur, die er in sehr vorsichtiger Weise vornahm: als diagnostische Injektion benützt er Alttuberkulin in Dosen von $^1/_{100}$—$^5/_{100}$ mg, bei der eigentlichen Tuberkulinkur stieg er niemals um eine ganze Einheit, sondern nur um Bruchteile derselben, also z. B. von 0·1 mg nicht auf 0·2 mg, sondern sukzessive auf 0·12, 0·15 etc. Infolgedessen waren die Temperatursteigerungen mäßig, die Stichreaktion — injiziert wurde in die Rückenhaut — nur gering, Lokalreaktionen am erkrankten Organ wurden nicht beobachtet. Infolge dieser Erfahrungen empfiehlt Vf., den Wert des Tuberkulins einer neuerlichen Prüfung zu unterziehen. — (Jahrbuch f. Kinderheilk., H. 5, Bd. 63.)

6. Nach Junès ist die Krankheit ziemlich selten. Sie erscheint meistens im Verlauf einer gutartigen tuberkulösen Infektion und ist oft deren erstes Zeichen. Anatomisch handelt es sich um eine einfache entzündliche Läsion, nicht um spezifisch tuberkulöse Veränderungen, jedoch meint Bard (Genf), daß anfangs stets graue Granulationen vorhanden seien, die dann rasch verschwinden. Offenbar handelt es sich um eine tuberkulöse Blutinfektion mit sehr abgeschwächtem Virus. Die Allgemeinerscheinungen (Fieber, Abmagerung, Schwächegefühl) sind gering. Der Anfang erfolgt rasch. Gewöhnlich werden nur wenige Gelenke befallen. Die großen Gelenke sind bevorzugt. Die Krankheit verschwindet entweder mehr oder weniger schnell wieder — allerdings mit häufigen Rezidiven — oder sie geht in einem oder mehreren Gelenken in fibröse Ankylose oder in Fungus über. Die Behandlung besteht in Immobilisation, lokaler Anwendung von Methylsalizylat und 15%iger Kollargolsalbe. Der oligo-artikuläre Charakter, die größere Beständigkeit des Prozesses und der Nichterfolg des Salizyls unterscheiden die Krankheit vom akuten Gelenkrheumatismus; die gonorrhoische Arthritis läßt sich durch das Fehlen des ätiologischen Moments ausschließen. — (Journ. des Praticiens, März 1906.)

7. Die Diagnose der Lungentuberkulose ist relativ einfach, wenn die klassischen Symptome (Dämpfung, verstärkte Vibration saccadierte Atmung, verlängertes Exspirium, Rasselgeräusche, Fortleitung der Herztöne) vorhanden sind oder wenn Auswurf zur Verfügung steht, in dem durch Färbung oder Tierversuch Tuberkelbazillen gefunden werden. Beim Fehlen aller dieser Symptome halte man sich an folgende Zeichen:

1. Das Symptom von Grancher, d. i. eine Veränderung der Inspiration, welche auf der kranken Seite rauher oder leiser ist. Man auskultiert den aufrecht stehenden, angelehnten Patienten, indem man nur auf die Inspiration achtet und das Ohr rasch von der einen zur anderen Seite führt („unterbrochene Auskultation"). Rénon hält dieses Zeichen nur dann für sicher, wenn sich eine pulmonale Atelektase nervösen Ursprunges ausschließen läßt, die bei neuropathischen Individuen zusammen mit folgendem Symptomenkomplex beobachtet wird: Anästhesie der Kornea und Konjunktiva, Anästhesie des Rachens und Verstärkung der Kniereflexe,
2. Röntgen-Durchleuchtung; sie ist unsicher, da eine einfache Atelektase eine Verdichtung vorstäuschen kann,
3. Jodkaliumprobe von Sticker und Landouzy: Jodkalium kann latente tuberkulöse Herde kongestionieren und dadurch manifest machen,
4. Fiebermessung nach Daremberg und Chuquet: Ansteigen der Temperatur nach einem einstündigen Spaziergang,
5. Verringerung, Verzögerung oder saccadierte Form der Lungenausdehnung,
6. Atrophie der Schultermuskulatur,
7. Tachykardie,
8. Herabsetzung des Blutdruckes,
9. Pneumographie,
10. Serodiagnostik, die aber in der Praxis nicht verwendbar und außerdem noch unsicher ist.

Alle diese Zeichen bieten jedoch keine vollständige Sicherheit. Gewißheit gibt nur die Tuberkulinprobe. Sie darf nur dann angewandt werden, wenn nach genauer Untersuchung aller Organe eine

Digitized by Google

manifeste Tuberkulose ausgeschlossen werden kann. Rénon empfiehlt das Tuberkulin des Instituts Pasteur und injiziert nach der Methode von Möller, Löwenstein und Ostrowsky $^2/_{10}$ mg, die er in Intervallen von 3 bis 4 Tagen mindestens viermal wiederholt. Die Dosis darf bei mehrfachen Injektionen niemals erhöht werden, da der Organismus durch das Tuberkulin sensibilisiert wird. Die Einspritzungen werden abends gegen 10—11 Uhr in die Rückenhaut gemacht, von 5 Uhr morgens an wird die Temperatur dann alle 2—3 Stunden gemessen. Der Patient bleibt in Bettruhe. Eine Temperaturerhöhung von 5—6 Zehntelgrad ist schon als positiv zu betrachten.

Rénon bespricht dann noch die Differentialdiagnose der chronischen Lungentuberkulose: bei Aspergillose und Mukormykose findet man Myzelien im Auswurf, bei Aktynomykose ist das Sputum schokoladefarben und enthält die gelben Körnchen; Gichtkongestionen und Syphilis der Lunge sind von anderweitigen Erscheinungen der betreffenden Krankheiten begleitet, für Karzinom spricht starke Dyspnöe bei geringem Befund. — (Journ. des Praticiens, 24. März 1906.)

Magen. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Ueber die Temperaturempfindlichkeit des Magens.** Von Alfred Neumann.
2. **Ueber die Fettverdauung im Magen.** Von L. v. Áldor.
3. **Ueber das Verhalten der Magensaftazidität bei chronischer Obstipation.** Von Fr. Samuely.
4. **Die Behandlung der chronischen Obstipation.** Von H. Richardson.
5. **Zwei Fälle von Magensaftfluß, kombiniert mit atrophischer Leberzirrhose.** Von H. F. Hewes.
6. **Die Symptome und Behandlung der Achylia gastrica.** Von Knud Faber.
7. **Experimentelle und klinische Untersuchungen über den Einfluß der Homburger Mineralwässer auf die sekretorische Magenfunktion.** Von R. Baumstark.

1. Die Fähigkeit für Wärme- und Kälteempfindung wird dem Magen von den Physiologen nach dem Vorgange E. H. Webers bestritten. Eine Stütze erhielt diese Lehre durch die Untersuchungen Lennanders bei Laparotomien unter Lokalanästhesie, nach denen Schmerz-, Berührungs-, Wärme- und Kältenerven lediglich im Parietalperitoneum verlaufen sollten, während der Magen alle diese Qualitäten nicht besitze. Aber die scheinbar so einwandfreien Versuche sind dies in der Tat nicht: sie rechnen weder mit der Abstumpfung der Empfindung, die an den unter dem Einfluß der Außenluft, also einer viel niedrigeren Temperatur, stehenden Bauchorganen eintreten mußte, noch mit der Erregtheit der Operierten, von denen exakte Antworten nicht zu erwarten waren. Es ist jedem bekannt, daß beim Trinken kalten Wassers Kältegefühl auftritt. Da man dem Magen das Kältegefühl absprach, suchte man dieses Phänomen auf verschiedene Weise zu erklären: einmal sollte es sich um eine falsche Lokalisation des in Mund und Rachen entstehenden Kältegefühls im Magen handeln; aber auch wenn man die kalte Flüssigkeit durch die Schlundsonde oder in eine Magenfistel gibt, entsteht Kältegefühl im Magen; dann sollte es sich um eine Reflexübertragung vom Magen durchs Rückenmark auf die Haut handeln; aber einen solchen Umweg anzunehmen, erscheint recht gezwungen; zuletzt sollte es sich um eine direkte Fortleitung der differenten Temperatur vom Magen durch die Bauchdecken auf die Haut handeln; aber auch Kranke mit Syringomyelie, deren Bauchhaut kälteunempfindlich war, gaben die Kälteempfindung im Magen an. Ein direkter Beweis für die vorhandene Kälteempfindlichkeit des Magens ist aber, daß man durch Eingriffe, die nur den Magen treffen, diese Empfindlichkeit aufheben kann: spült man einige Zeit mit Wasser von 25°, so hat das betreffende Individuum von Wasser von 10° keine Kälteempfindung mehr. Die Fähigkeit der Temperaturempfindung vom Magen aus ist bei verschiedenen Menschen verschieden ausgebildet; die Zeit, die zur Erkennung des Reizes nötig ist, ist meist sehr kurz. Abweichungen von der Norm kommen besonders bei Hysterischen vor, sei es in Form von Anästhesie, sei es als eine Art paradoxer Temperaturempfindung, sei es von Hyperästhesie (25° wird als sehr kalt, 16—18° schon als schmerzhaft emp-

Digitized by Google

funden). — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1906.)

2. v. Áldor hat in 18 Fällen die Volhard-Stadeschen Angaben über Fettverdauung im Magen mit deren Methode nachgeprüft. Auf Grund dieser Untersuchungen hält er sich nur zur Konstatierung der Tatsache für berechtigt, daß sich aus den nach der genannten Methode mit menschlichem Magensaft zustande gebrachten Emulsionen freie Fettsäuren in größerer oder geringerer Menge abscheiden. Die Untersuchungen berechtigen uns aber keineswegs, weitergehende Konsequenzen zu ziehen. Es ist sehr unwahrscheinlich — wenn im Magen wirklich ein fettspaltendes Ferment vorhanden ist — daß sich dieses ganz unabhängig von den übrigen Faktoren des Magenchemismus geltend machen sollte. Daß die bei diesen Versuchen zustande kommende Fettspaltung nicht das Resultat einer Fermentwirkung, sondern einer bakteriellen Tätigkeit sei, diesbezüglich liefern zwar die Versuche Aldors keine positiven Beweise, jedoch glaubt er sich durch die zwischen den Untersuchungsergebnissen bestehenden und sonst nicht erklärbaren Unterschiede auf alle Fälle zur Annahme dieser Möglichkeit für berechtigt. Bestärkt wird er in diesem Standpunkt durch die Ergebnisse der Tierversuche von Kunkel und Inouye (Boas' Archiv IX). — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1906.)

3. Das Material der Göttinger medizinischen Klinik bietet eine große Anzahl von Belegen, daß häufig nicht nur dyspeptische Beschwerden, sondern auch objektive Veränderungen der Magensaftsekretion, Hyperazidität wie Hyp- und Anazidität mit Fermentschwund, nach Regelung des vorher obstipierten Stuhles schwinden. Samuely empfiehlt daher, in keinem Falle von Magenerkrankung die Rücksicht auf den Darm außer Acht zu lassen, den Stuhl aber nicht durch Drastika, sondern durch planmäßige Ernährung zu regulieren. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12, H. 4, 1906.)

4. Eine leichte Hyperchlorhydrie ist oft die Ursache einer hartnäckigen Obstipation. Zur Feststellung derselben genügt jedoch nicht das Probefrühstück, sondern man muß nach Probemahlzeit aushebern, und hier beginnt die Hyperchlorhydrie schon bei niedrigeren Werten als gewöhnlich angegeben wird; Richardson hält 25 freie, 15 leicht gebundene HCl- und 10—15 organische Säuren und saure Salze für Normalwerte. Zu hohe Säurewerte sollen nun die alkalische Reaktion im Dünndarm stören und so Verstopfung herbeiführen. In Fällen von verminderter HCl-Abscheidung findet man oft abwechselnd Verstopfung und Durchfälle. Die Durchfälle spülen die gallensauren Alkalien, die gute Beförderer der Peristaltik sind, hinaus, während sie sonst wieder resorbiert und von der Leber von neuem sezerniert werden; so entsteht Mangel an Galle und Obstipation. Dieses Verhalten erklärt auch, warum Abführmittel die Verstopfung nur vermehren.

Die Behandlung kommt oft mit Diät und kleinen Hilfsmitteln aus (kalte Leibdusche, Aetherspray auf den Leib, kaltes Wasser eventuell mit ClNa oder Soda beim Aufstehen); doch wird ihre Anwendung im Laufe der Zeit oft vernachlässigt. Bei Frauen, die nach Geburten erst obstipiert wurden, genügen gelegentlich geringe Mengen Thyreoidin, um die normale Darmfunktion herzustellen; Vf. kam durch Zufall darauf; die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Schilddrüse dienen zur Erklärung. Hat man Verdacht auf Gallenmangel, so ist die Verabreichung von Natrium glycocholicum à 0·3 rätlich; nach einiger Zeit kann das Mittel dann weggelassen werden. Ein Vorzug desselben ist, daß es im Gegensatz zu den pflanzlichen Abführmitteln und Kalomel ungiftig ist. Im Anfang reizt es etwas zum Brechen, am wenigsten, wenn es zwei Stunden nach dem Essen gegeben wird. Nebenbei bemerkt, ist das Mittel auch von gutem Einfluß bei Malaria und anderen Affektionen mit Beteiligung der Leber; es ist ein Spezifikum (?) bei Gallensteinkoliken und löst bei längerem Gebrauch Gallensteine in situ. — (The Therapeutic Gazette, 15. Juni 1906.)

5. Bei einem Patienten bestand eine kontinuierliche hochgradige Hypersekretion ohne erkennbare Ursache; bei der

Digitized by Google

Autopsie fand sich eine atrophische Zirrhose; bei dem zweiten Fall bestand intermittierender Magensaftfluß mit einer hochgradig geschwollenen Leber (Alkoholismus!) — (Boston med. and surg. Journ., 16. Aug. 196.)

6. Die chronische Achylie verdankt nach Kn. Fabers Untersuchungen einer chronischen Gastritis ihre Entstehung; die Achylie tritt dabei auf, ehe die Entzündung zur Atrophie der Schleimhaut geführt hat. An eine nervöse Achylie glaubt Faber nicht. Die primäre Achylie — sekundär kommt sie bei kachektisierenden Krankheiten vor — ist ein meist zwar ungefährliches, aber sehr beschwerliches Leiden; sie ist häufiger bei der unbemittelten und besonders der Landbevölkerung (schlechte Zahnpflege!). Magensymptome fehlen hie und da ganz; meist findet man Kardialgien, selten heftige Schmerzen, mehr nach der Mahlzeit ein Drücken, Nagen, Brennen oder Stechen, besonders nach reichlicher und kräftiger Kost. Dabei besteht Aufstoßen, Sodbrennen und Uebelkeit, selten Erbrechen; öfters dagegen Mattigkeit, Aufgetriebensein, Klopfen im Leib. Der Appetit ist wechselnd, hie und da besteht typischer Hungerschmerz. Daneben findet man nervöse Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit). Sehr oft treten Darmsymptome hinzu, sei es nun heftige Durchfälle (meist ohne Schmerzen), sei es Verstopfung, sei es ein Wechseln beider Zustände. Die Achylie ist meist von Hypermotilität begleitet, verursacht wohl durch Fehlen der Salzsäure; vielleicht erklärt sich durch das relativ kurze Verweilen der Speisen im Magen das nicht seltene Fehlen von Magensymptomen. Dem Darm fällt dagegen eine größere mechanische wie chemische Arbeit zu; ganz kann er, wie die Untersuchung der Fäzes lehrt, die Magenverdauung überhaupt nicht ersetzen. Neben der Reizwirkung der vom Magen schlecht vorbereiteten Speisen erklärt das Fehlen der desinfizierenden Wirkung der Salzsäure sowie der Wegfall der Erregung der Pankreassekretion durch die Salzsäure zur Genüge die meist schädliche Einwirkung der Achylie auf die Darmschleimhaut.

Die Therapie ist in erster Linie eine diätetische. Die Speisen müssen gut gekaut werden (Zahnersatz!); am besten bringt man die Speisen schon bei der Zubereitung in eine so leicht lösliche Form als möglich. Besonders verdaulich sind flüssige und halbflüssige Mehlspeisen, wie Hafer- und Leguminosesuppen, Griesspeisen, nicht zu sehr gesalzene und gewürzte Bouillon, mit Kartoffelbrei, Reis, Ei etc. eingedickt; bei Durchfällen gibt man Kartoffelsuppen, Mohrrübensuppen etc. ohne Bouillon. Reine Milch vermeidet man bei Darmstörungen am besten ganz; gelegentlich werden Milchspeisen vertragen; manche Patienten ertragen Buttermilch oder mit H_2O_2 sterilisierte Milch, noch besser meist Sahne und besonders Butter. Eier gibt man in jeder Zubereitung; von Brot wird Weißbrot, besonders geröstet, sowie Grahambrot gut ertragen. Von Fleisch sind nur die lockeren Sorten, gekocht, erlaubt, also Frikassé, gekochte Hühner, Tauben, Fische. Meist kann man auch geschabtes, leicht gebratenes Fleisch mit Butter geben. Gemüse wird gewöhnlich nur in Puréeform angenommen (Kartoffel, Mohrrüben, Bohnen, Blumenkohl, Artischoken und Tomaten; Spinat wird dagegen nicht immer ertragen). Rohe Früchte sind zu meiden; gewürzte und saure Speisen sind sehr vorsichtig zu geben. Alkoholika und Kaffee sind meist nicht erlaubt; es bleibt Kakao, Tee und Sodawasser. Die Diätvorschriften fallen natürlich anders aus, je nachdem gar keine Beschwerden bestehen (prophylaktisches Fortlassen grober Speisen), oder die dyspeptischen Symptome (Milchspeisen, Mehlspeisen, Gemüsesuppen, Purée, Ei, Omelette, Fisch, Farce, leichte Fleischgerichte besonders erlaubt), oder Obstipation (reichlich Kartoffelpurée, Apfelmus, Grahambrot, Buttermilch), oder Diarrhöe (Kartoffelpurée, Hafersuppe, Heidelbeersuppe, Reisschleim, Eier) in den Vordergrund treten.

Medikamentös gibt man, besonders bei Durchfällen, verdünnte HCl (dreimal täglich 20 Tropfen nach dem Essen); doch verschlechtert sie die Beschwerden in einzelnen Fällen. Eventuell kombiniert man sie mit Pepsin (Ac. mur. dil., Pepsin Lan-

Digitized by Google

genbeck aa 5·0, Glyzerin 15·0, Aq. dest. 85·0, teelöffelweise). Bei Dyspepsie wirken Amara oft gut, besonders Extr. fluid. Condurango dreimal täglich 1 Teelöffel vor dem Essen). Magenspülungen (eventuell mit Höllenstein) sind selten indiziert. Bei Obstipation sind Laxantien zu meiden, Stuhl durch Diät und Oelklysmen zu erzielen. Bei Durchfällen gibt man Wismuth (drei- bis viermal 1·0) oder Naphthol mit Bi subsalizyl. (āā 0·5 dreimal täglich 1—3 Pulver). In hartnäckigen Fällen wirkt Tannalbin, selten wird man zu Opium greifen müssen.

Eine Heilung der Achylie ist sehr selten; durch die Behandlung anzustreben ist die Symptomlosigkeit, und diese erreicht man meist; allerdings gibt es Fälle, die jeder Behandlung trotzen. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 7, 1906.)

7. Während die Untersuchungen Bickels mit Wiesbadener Kochbrunnen, Rheinboldts mit Kissinger Rakoczy, Heinsheimers mit Baden-Badener Hauptstollenquelle und Sasakis mit Ostseewasser nur eine geringe Anregung der Magensaftsekretion ergeben hatten, legten die Versuche Baumstarks mit den kohlensäurereichen Kochsalzwässern Homburgs (Ludwigsbrunnen 0·7%, Elisabethbrunnen 0·9%, Landgrafenbrunnen 1·4% ClNa) — angestellt an Hunden mit Pawlowschem kleinen Magen sowie an einem Mädchen mit Magenfistel — dar, daß die Gesamtsaftmenge, die auf den Reiz dieser Quellen von der Magenschleimhaut abgeschieden wird, eine außerordentlich viel größere ist, als die auf gewöhnliche Wasserverabreichung produzierte. Im Durchschnitt betrug diese Vermehrung beim Ludwigsbrunnen 89·7%, beim Elisabethbrunnen 81·3% und beim Landgrafenbrunnen 51·4%. Die sekretionsanregende Wirkung bei einer so kochsalzreichen Quelle wie der Landgrafenbrunnen, ist besonders bemerkenswert. Gab man das Wasser aber zugleich mit der Nahrung, so übten sie gerade die entgegengesetzte Wirkung aus; sie hemmen die Saftsekretion. In der Praxis sind also Wasserdarreichung und Nahrungsverabreichung durch genügend lange Pausen von einander zu scheiden. Die Versuche beweisen, daß von den Erkrankungen des Magens es die sub- und anaziden Formen des chronischen Magenkatarrhs und die Achylien sind, die von den Homburger Trinkquellen Nutzen ziehen. Eine Besserung nervöser Hyperaziditäten, wie sie auch bei Homburger Kuren erzielt werden, ist mehr anderen Faktoren (Ruhe, Luft etc.) zuzuschreiben. Die sekretionsanregende Wirkung fehlt auch dem Homburger Stahlbrunnen (0·009% dopeltkohlensaures FeO, 5% ClNa) nicht. — (Arch. f. Verdauungskrankh. Nr. 3, 1906.)

Mastdarm.

1. **Ueber Behandlung der Hämorrhoiden.** Von Riedinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber einige mit dem Zymoidin-Rosenberg gemachte Erfahrungen.** Von L. Munk. Ref. G. Wiener, München.
3. **Ueber gonorrhoische Strikturen des Mastdarms.** Von Arnaud. Ref. F. Perutz, München.
4. **Aetiologie und Behandlung des Pruritus ani.** Von F. Chittendon Hill. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Im Beginn des Leidens ist die Behandlung eine medizinisch-diätetische. Vor allem sind die Ursachen zu beseitigen, besonders der Stuhl zu regeln. Dabei ist aber von den gewöhnlichen Abführmitteln abzusehen; sie bessern wohl den Stuhl, nicht aber das Leiden; man beschränkt sich auf diätetische und hygienische Verordnungen, benützt Karlsbader oder ähnliche Wässer, die eine Entlastung im ganzen venösen Stromgebiet bewirken. Sehr zweckmäßig sind kalte Waschungen der Analgegend, besonders nach jedem Stuhl; man benützt dabei zum Waschen wie zum Trocknen Watte. Auch kühle Sitzbäder und kalte Klysmen sind vorteilhaft. Ekzeme und Schrunden sind mit eintrocknenden Salben (Analan etc.) zu behandeln. Bei Fissuren tun Exzision oder Aetzung gute Dienste; eventuell verwendet man Einlagen von Wattebäuschchen, die mit einer Mischung von Extr. Belladonn. 0·5, Kokain 0·05 und Ammon. sulf.-ichthyol. 6·0 getränkt sind und mit einer Knopfsonde in den Mastdarm hineingeschoben werden. — Auch die Applikation eines Hantelpessars erweist sich als nützlich;

Digitized by Google

durch den Druck werden die Hämorrhoiden verdrängt. — Bei starken Blutungen nützen kalte Eingießungen meist wenig; man wird eventuell die blutende Stelle freilegen und unterbinden müssen.

Als unblutige chirurgische Maßregel ist die gewaltsame Dilatation des Rektums zu empfehlen, die man unter Kokainanästhesie anwenden kann; sie führt in leichteren Fällen oft zum Ziel. Von weiteren Eingriffen sind Kauterisation, Exstirpation und Ligatur am Platz. Die Kauterisation führt man am besten mit dem Thermokauter aus; man hüte sich aber vor zirkulärer Verschorfung wegen der Gefahr der Stenosenbildung und lasse intakte Schleimhaut zwischen den Schorfstellen. Nach 4—5 Tagen sorgt man für Stuhl; vorher hält man ihn mit Opium zurück. In leichteren Fällen kann man die Verschorfung durch Stichelung ersetzen. Eventuell kann es bei der Verschorfung zu Harnverhaltung kommen; die Schmerzen sind bei dieser Methode sehr heftig, und die Blutungsgefahr ist nicht gering, die Blutung dann oft schwer zu stillen. Auf der Verätzung beruhen auch die Injektionsverfahren; von den verschiedenen dazu verwendeten Mitteln kommt ernstlich nur die Karbolsäure in Betracht, in verschiedener Konzentration (Acid. carbol. liquef., Glyzerin āā oder Acid. carbol. 1·0, Glyzerin, Aq. dest. āā 3·0). Man injiziert zunächst nur wenig, dann nach Pausen von 8 Tagen weiter. Die Methode ist einfach, aber die Injektion einer koagulierenden Flüssigkeit in die Vene hat stets etwas Unheimliches. — Die radikalste Operation ist die Exstirpation, sei es einzelner Knoten, sei es des Plexus venosus; die Hauptsache dabei ist die Blutstillung und die Verhütung der Infektion; die Methode hat gute Resultate, ist aber nicht einfach; Nachblutungen sind nicht selten. — Die dritte Methode ist die Ligatur. Die Unterbindung geschieht mit stärkerer, aber nicht zu dicker Seide; sie muß sehr fest angezogen werden. Die abgebundenen Knoten werden mit Jodoform bepudert. Zur Ableitung kann man ein dünnes Drainröhrchen einlegen. Meist bestehen keine großen Schmerzen; eventuell gibt man Morphium. Ab und zu beobachtet man Urinretention. Den Stuhl schiebt man am besten mit Opium 5 Tage hinaus (Oeleinlauf); als Abführmittel gibt man am besten Rizinusöl oder Bitterwasser. Die Ligaturen fallen meist nach 8 Tagen ab; in der zweiten Woche können die Patienten das Bett verlassen. Komplikationen sieht man sehr selten; ein allenfallsiges Rezidiv dürfte leicht durch eine Nachoperation beseitigt werden. — (Deutsche med. Wochenschr., 23. Aug. 1906.)

2. Munk hat in 18 Fällen mit dem Zymoidin Versuche angestellt. Es handelte sich 1. um Hämorrhoidalzustände, bei denen 3—10%ige Salbe und 3%ige Analsuppositorien angewendet wurden, 2. um Prurigo, wobei Munk nur Salbe gebrauchte, 3. um Pruritus vulvae und ani, wo teils mit Zäpfchen, teils mit Salbe behandelt wurde, und 4. um chronische Gonorrhöe und Vaginitis, bei welch ersterer 5—10%ige Stäbchen, bei letzterer Vaginalkugeln mit 5—15%igem Zymoidininhalt in Anwendung kamen. Die Wirkung war eine sehr gute, in einzelnen Fällen sogar überraschend schnelle, oft schon nach 3 Tagen eintretend.

Die Hauptbestandteile des Präparats sind: Wismuth-, Eisen- und Zinkoxyd, Tonerde, Salz- und Schwefelsäure, Jod und Alkali. Von organischen Stoffen sind darin enthalten: Chinin, Karbol, Naphtol, Pyrrhol, Salizyl- und Ellagsäure. Die Anwendung ist sehr einfach und, was besonders hervorzuheben sei, absolut schmerzlos. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 5, 1906.)

3. In ihren ausgebildeten Formen führen die gonorrhoischen Strikturen zu trichterförmigen oder säbelscheidenförmigen Verengerungen des Mastdarmes, die sich nach oben bis zu Bleistiftdicke verjüngen. Das Gewebe ist zu einer derben, schwieligen Masse umgewandelt, nach abwärts von der verengten Stelle ist die Schleimhaut infolge der fortwährenden Reizung durch das herabfließende Sekret oft polypös entartet. Die Frage, ob Lues oder Gonorrhöe im vorliegenden Falle die Ursache abgegeben hat, ist bei den geringen Beschwerden, die die gonorrhoische

Digitized by Google

Prokitis meist verursacht, schwer festzustellen; sie ist auch praktisch weniger wichtig, da syphilitische Strikturen durch eine spezifische Behandlung nicht mehr beeinflußt werden können. Manchmal läßt sich der gonorrhoische Ursprung durch den Nachweis von Gonokokken im Rektalsekret oder im Eiter eines bestehenden perirektalen Abszesses erbringen. Daß die im Gefolge der passiven Päderastie auftretende Proktitis zu narbigen Verengerungen führen kann, bestreitet A r n a u d, sofern eben nicht dabei zugleich eine gonorrhoische Infektion des Rektums stattgefunden hat. — (Revue franç. de méd. et chir. Nr. 7, 1906.)

4. Ueber das Wesen des so lästigen und quälenden Afterjuckens herrscht bei den meisten Aerzten noch keine genügende Klarheit; es handelt sich dabei in letzter Linie meist um die Folge eines pathologischen Ausflusses, der hinwiederum von irgend einer Läsion im Analgebiet oder in Blutüberfüllung oder irgend einer anderen Veränderung im Rektum oder S. Romanum herrührt. Dieser oft kaum erkennbare, aber ständig vorhandene Ausfluß ruft pathologische Veränderungen in der Struktur der Epidermis hervor, eine Dermatitis chronischer Natur.

Die Behandlung muß in erster Linie die Ursache entfernen. Es handelt sich dabei: 1. um Ulzerationen im Anus (in vielleicht 90% der Fälle). Nach Kokainisierung werden dieselben galvanisch geätzt, dann mit Salbe bestrichen, und ein Opiumsuppositorium eingeführt; eventuell ist Narkose dabei nötig; 2. um katarrhalische Prozesse im Rektum und S. Romanum. In solchen Fällen ist es nötig, dem Stuhl, der meist in den untersten Partien stockt, durch ein vor dem Schlafen genommenes mildes Abführmittel nachzuhelfen; nach dem morgendlichen Stuhl soll ein Einlauf mit 4%iger Borlösung gemacht werden. Eventuell vorhandene Ulzera ätzt man mit Silbernitrat oder wendet Perubalsam an; 3. um Hämorrhoiden, besonders äußere, zumal diese die Reinigung erschweren; restierende Fäzes verursachen dann eine Dermatitis und damit Pruritus. Man entfernt die Hämorrhoiden leicht nach Injektion von 1%iger Eukainlösung; die Wände näht man besser mit Katgut, als daß man sie granulieren läßt; 4. im Innern des Rektums liegen einige kleine Krypten, die vielleicht Schleim sezernieren; werden sie entzündet, so kommt es zu übermäßiger Schleimproduktion; man ätzt sie dann mit 5%iger Silberlösung oder Perubalsam aus; Wucherungen, die von ihrem Rande ausgehen, nimmt man mit der Schere weg; 5. kleine Polypen, innere Hämorrhoiden, Prolapse etc. geben selten die Veranlassung zu Pruritus; wenn aber ja, behandelt man sie nach den speziellen Indikationen.

Ist die Ursache entfernt, so bleibt noch die Behandlung der chronischen Dermatitis übrig. Absolute Reinlichkeit ist hier erste Bedingung, besonders nach der Defäkation. Die Teile sind durch ein Kissen, das durch eine T-Binde festgehalten wird, ständig vor Reibung zu schützen. Das Kissen soll aus mit Gaze umwickelter Watte bestehen und nicht zu dick sein. Man bestreicht zuerst die kranke Epidermis mit einer gesättigten Silbernitratlösung (eventuell Rhagaden vorher kokainisieren) und wiederholt dies alle vier bis fünf Tage, bis die toten Epithelien entfernt sind. Ist dies erfolgt, so bestreicht man die Analgegend mit einer Salbe von Hydrargyrum nitricum: da manche Personen empfindlich dagegen sind, so verdünne man sie zunächst mit Adeps suill. und verstärke sie langsam. In den ersten zwei Wochen macht der Arzt das täglich selbst, in den nächsten 14 Tagen wenigstens jeden zweiten Tag, dann noch etwa zweimal die Woche. Gewöhnlich genügen vier Wochen zur Heilung, doch gibt es sehr hartnäckige Fälle, weshalb man mit der Prognose vorsichtig sein soll. — (Bost. med. and surg. Journ., 24. Mai 1906.)

Leber. Ref. M. K a u f m a n n, Mannheim.

1. Ueber die bisherigen Ergebnisse der Behandlung der Cholelithiasis mit Cholegen. Von Otto R e i c h.

2. Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Leberzirrhose. Von N. J a g i ć.

1. Eine Zusammenstellung der relativ spärlich publizierten Beobachtungen über die Wirkung des Cholegens ergibt, daß von

Digitized by Google

den veröffentlichten Fällen 72% geheilt, 18% gebessert wurden und 10% ungeheilt blieben. Dieses Ergebnis dürfte es als gerechtfertigt erscheinen lassen, in geeigneten Fällen Chologen zu versuchen. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 18, 1906.)

2. Jagić konnte aus dem Material der I. medizinischen Klinik zu Wien 17 Fälle von sicher auf alkoholischer Basis beruhender Leberzirrhose zusammenstellen; sie waren fast sämtlich charakterisiert durch das Vorhandensein von Ikterus und krampfartigen Schmerzen in der Lebergegend, also den Symptomen einer Cholangitis, und Vf. hält es für wohl möglich, daß die Infektion der Gallenwege von dem erkrankten Magendarmkanal aus in der Aetiologie der alkoholischen Zirrhose eine wesentliche Rolle spielt. Diesen Fällen stehen fünf andere gegenüber von ausgesprochener Zirrhose bei Nichtalkoholikern, fast stets ohne die Symptome der Cholangitis; bei diesen bestand aber stets eine Tuberkulose, die, wie nach den abgelaufenen Prozessen zu schließen war, älter war als die Zirrhose. Vf. glaubt, daß die Tuberkulose (und sicher auch andere Infektionskrankheiten) eine häufige Ursache der Leberzirrhose ist, und zwar in der Weise, daß das Bazillengift eine primäre parenchymatöse Degeneration und daran anschließend eine sekundäre Bindegewebswucherung erzeugt. Auch Tierversuche sprechen für eine solche Entstehung der Leberzirrhose. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35, 1906.)

Serotherapie. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. **Serumtherapie per os.** Von D. Montgomerie Paton.
2. **Ueber prophylaktische Injektionen von Tetanusantitoxin.** Von Lotheissen.

1. Seit acht Jahren verabreicht Paton Serum per os, und zwar sowohl von normalen wie von immunisierten Tieren stammendes. Der Gebrauch von normalem Pferde-, Schaf- oder Rinderserum, viermal täglich 3·5 cm³, soll sehr gut wirken bei allgemeiner Ernährungsschwäche sowie bei mangelhafter Laktation. Bei Infektionen erhält man nur durch Anwendung des Blutserums der Tiere gute Wirkungen, die selbst gegen die betreffende Infektion immun sind. So sind Pferde- und Schafserum von großem Werte bei Tuberkulose, wertlos dagegen bei Influenza; dahingegen ist Rinderserum bei Influenza sehr wirksam. — Diphtherieheilserum verwendet Paton ebenfalls per os, und zwar zur Unterstützung der subkutanen Injektion. — (The Brith. Med. Journ., 5. Mai 1906.)

2. Das Tetanusantitoxin hat nicht die Umwälzung in der Tetanustherapie und deren Erfolgen gebracht, die man anfangs erwartet hatte. Der Enthusiasmus, der namentlich nach den ersten Erfolgen mit Tizzonis Antitoxin sich zeigte, wich daher allmählich, und wiederholt schon wurde dem Serum bei einmal ausgebrochenem Starrkrampf jeder Heilwert abgesprochen. Die Erfahrungen Lotheissens in den letzten zehn Jahren zeigten ihm ebenfalls, daß von den Patienten mit exquisitem Tetanus keiner gerettet wurde, ob nun das Antitoxin subkutan, intrazerebral, intradural, oder selbst endoneural injiziert wurde. Wenn daher die Kraft des Serums nicht ausreicht, um völlig ausgebrochenen Tetanus stets zu heilen, so werden wir unser Hauptaugenmerk darauf richten müssen, zu verhüten, daß überhaupt ein Tetanus entstehe. Das Experiment hat gezeigt, daß man ein Tier durch Injektion von Antitoxin gegen eine gewisse Dosis des Tetanusgiftes immun machen kann, selbst wenn diese Einspritzung erst einige Zeit nach der Einführung des Giftes stattfindet, und zwar braucht man umso größere Mengen Antitoxin, je später man es nach der Einverleibung des Giftes verabreicht. Genügt die Menge eingeführten Antitoxins, so wird der Tetanus ganz ausbleiben; genügt sie nicht, so wird es entweder zu einem voll ausgebildeten oder zu einem abortiven Tetanus kommen müssen. Für alle diese Möglichkeiten bietet die Literatur Beispiele, und Lotheissen selbst hat zwei hieher gehörende Fälle beobachtet, einen, in dem es zu Trismus kam, obwohl keine Bazillen gefunden wurden, und einen zweiten, in dem trotz positiven Bazillenbefundes keine Tetanussymptome auftraten. Im ganzen ist die Zahl der Fälle,

Digitized by Google

die nach prophylaktischer Injektion noch Tetanus bekamen, sehr gering, ebenso die Mortalität dieser Fälle eine geringe, so daß die prophylaktische Injektion als ein berechtigter Eingriff zu betrachten ist. Es fragt sich nun, welcher Art die Wunden sein müssen, daß man sich zu einer prophylaktischen Injektion entschließen soll. Es handelt sich um schwer zu reinigende, mit Erde beschmutzte Wunden, „Straßenwunden" (nach Bazy), besonders gequetschte Wunden, eventuell mit Nekrose oder Knochensplittern, auch tiefe Wunden, mit einem unreinen Instrument gesetzt. Besonders gefährdet sind von Kehricht- oder Mistwagen Ueberfahrene, mit Mistgabeln, Gerbermessern etc. Verletzte. Sehr wichtig ist auch der Beruf des Kranken: Kutscher, Stallburschen, Gärtner. Gefährlich sind Schußverletzungen durch Pfropfen von Platzpatronen, die aus Hadern und Lumpen hergestellt sind und Tetanussporen enthalten (auch die Pfropfen von Kinderpistolen). Eine Prädisposition für die Tetanusinfektion schafft auch die verminderte Widerstandskraft des Patienten, wie sie z. B. durch hohes Fieber (gleichzeitige Infektion mit anderen pathogenen Mikroorganismen!) hervorgerufen wird; wir müssen daher bei Patienten mit eiternden Wunden, zumal wenn Temperatursteigerung besteht, die prophylaktische Injektion nach nicht zu langer Zeit wiederholen. Auch der Anblick der Wunde (beginnende Gasphlegmone) gibt uns öfter einen Fingerzeig. — Da man niemals die Menge des bei der Verletzung eingeführten, respektive dadurch sich bildenden Giftes kennt, schlägt Vf. vor, in allen Fällen 100 Antitoxineinheiten zu injizieren (das Wiener Serum ist $1^1/_2$—3mal so wertig als das Behringsche!). Bei bestehender Eiterung, besonders bei Fieber, gibt er nach einer Woche nochmals dieselbe Dosis. Das Tetanusantitoxin erzeugt ähnliche Störungen wie das Diphtherieheilserum, doch sind sie wesentlich geringer, da Gelenkschwellung und Albuminuriebildung nicht konstatiert wurden. Auf alle Fälle sind die Störungen nicht so groß, daß man deshalb eine prophylaktische Injektion unterlassen dürfte, wenn halbwegs die Indikation dafür gegeben ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 24, 1906.)

Physikalische Therapie.

Ueber physikalische Behandlung der Herzkrankheiten. Von Dr. v. Aufschnaiter. Ref. Buxbaum, Wien.

Vf. teilt die Heilmittel in zwei Gruppen, wovon:

a) die eine Gruppe direkt oder indirekt eine Kräftigung des Herzmuskels bewirkt (nennen wir sie die die Herzkraft anregenden Mittel);

b) die andere Gruppe, die die Arbeit des Herzens erleichtert (nennen wir sie die die Herzarbeit erleichternden Mittel).

Zu der ersten Gruppe gehören (abgesehen von den Medikamenten) als hervorragendes Mittel die Behandlung mit unterbrochenen Strömen, ferner die Massage des Herzens, die systematische aktive Gymnastik, sowie die Anwendung thermischer Reize.

Zu der zweiten Gruppe zählt Vf. die Kohlensäurebäder und viele andere Hautreize, die allgemeine Massage sowie die passive Gymnastik, wobei namentlich die Atemgymnastik hervorzuheben ist.

Bei beginnender Erlahmung des Muskels, also bei sinkendem Blutdruck, bei vorhandener Dilatation ist unbedingt mit den die Herzkraft anregenden Mitteln einzusetzen und auf die die Herzarbeit erleichternden Mittel nur geringerer Wert zu legen. Arbeitet das Herz gut, kommt es seinen Anforderungen nach, sind aber Verhältnisse vorhanden, welche gesteigerte Anforderungen an das Herz stellen, so müssen wir alles tun, dem Herzen die Arbeit zu erleichtern; wir werden also nur die die Herzarbeit erleichternden Mittel gebrauchen lassen. Diese aber in ausgiebiger und fortgesetzter Anwendung. Dabei wird sich sehr häufig die Kombination ergeben, daß wir im Beginne der Behandlung bei gesunkener Herzkraft das Myokard kräftigen, zugleich aber und namentlich bei schon erreichter Kräftigung die Arbeit möglichst erleichtern müssen.

Digitized by Google

Das nach Vfs. Erfahrung hervorragendste Mittel, die gesunkene Herzkraft zu heben, den ermüdeten Herzmuskel zu kräftigen, ist die Behandlung mit unterbrochenen Strömen. Das Herz reagiert darauf fast momentan und außerordentlich prompt.

Man kann die unterbrochenen Ströme als faradischen Strom lokal oder im Bade, ferner als Wechselstrom, sei er ein- oder dreiphasig, lokal oder im Bade anwenden. Am besten wird das Wechsel- oder Drehstrombad mit nicht zu hoher Spannung und nicht zu großer Unterbrechungszahl vertragen und ist dasselbe meist nur einmal des Tages in der Dauer von zehn Minuten zu geben. So oft Vf. noch solche Bäder zu geben in der Lage war, fand er, daß der gesunkene Blutdruck steigt, die erhöhte Pulsfrequenz zurückgeht, die Herzdämpfung sich verkleinert und auch meist die Lungengrenzen höher hinaufrücken, wobei die respiratorische Exkursion größer wird. Subjektiv fühlt sich der Patient bedeutend erleichtert. Es ist ja selbstverständlich, daß dieser Effekt kein bleibender ist. Nach kurzer Zeit ist die Herzdämpfung schon wieder größer geworden. Aber doch kann man bei einigermaßen stärkerer Dilatation nachweisen, daß auch noch am nächsten Tage die Herzdämpfung gegenüber dem vorherigen Tage sich verkleinert hat, so daß ein Teil der Wirkung ein bleibender zu sein scheint, der sich dann allmählich summiert. Wechselstrombäder sind daher dasjenige Mittel, welches Vf. immer bei vorhandener Herzschwäche, bei gesunkenem Blutdruck anwendet und mit dem er immer noch ausgezeichnet zufrieden war. Vf. gibt jedoch diese Bäder niemals, trotz vorhandener Herzkrankheit, bei guter Herzkraft, also bei normalem Blutdruck. Dabei ist das Wort normal für den Blutdruck cum grano salis zu nehmen; denn bei Nephritikern zum Beispiel ist der sogenannte normale Blutdruck natürlich bereits eine Folge auftretender Herzschwäche, was jüngst erst Krehl besonders betont hat, da bei Nephritikern Verhältnisse vorliegen, die einen erhöhten Blutdruck als Norm erfordern. Vf. hat allerdings konstatieren können, daß auch nach dem Wechselstrombad bei vorher erhöhtem Blutdruck derselbe nach dem Bade gesunken ist, daß also eine scheinbar paradoxe Wirkung auftritt. Trotzdem hält Vf. es für einen Fehler, bei genügender Herzkraft Wechselstrombäder zu geben, da er fast immer eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens konstatieren konnte. Obige Erscheinung läßt sich mit der erleichterten Zirkulation in den sich kontrahierenden Muskeln, namentlich aber durch die gefäßerweiternde Wirkung des gewöhnlichen warmen Bades erklären.

Ein vorzügliches Mittel, die gesunkene Herzkraft zu heben, ist ferner die Herzmassage. Die Methoden derselben sind verschieden, das Gemeinsame ist die Erschütterung der Thoraxwand in der Herzgegend. Die Herzmassage leistet gewiß für den Moment hervorragende Dienste. Nur ist die Wirkung eine wenig anhaltende. Vf. empfiehlt daher Herzmassage überall da, wo es sich darum handelt, einen raschen Effekt zu erzielen. Oftmals, bevor der Patient in das Wechselstrombad steigt oder bei plötzlicher Herzschwäche, namentlich des Nachts, wo andere Hilfsquellen weniger leicht erreichbar sind. Ferner bei stärkerer Irregularität des Pulses, da gerade die Massage zur Erzielung eines regelmäßigen Herzschlages sehr geeignet ist. Man kann sich dabei der Herzaktion anpassen und kann, wenn man die Klopfungen demgemäß einrichtet, das Herz gewissermaßen zwingen, in langsamem und regelmäßigem Rythmus zu schlagen. Vf. erwähnt, daß auch bei Tachykardien mit erhöhtem Blutdruck, wenn dieselben auf nervöser Basis beruhen, Massage mit gutem Erfolg angewendet wird.

Eine ähnliche Wirkung wie die Massage hat auch der thermische Reiz: der Herzschlauch, respektive der Eisbeutel. Immer und unter allen Umständen ist nach Vfs. Erfahrung der Herzschlauch mit zirka 8° Wasser dem Eisbeutel vorzuziehen. Der Eisbeutel hat außerdem den großen Nachteil des Gewichtes.

Weitere wichtige Mittel sind die Methoden, die unter „Gymnastik" zusammengefaßt werden.

Digitized by Google

Physikalische Heilmethoden, welche die Herzarbeit erleichtern, sind die Kohlensäurebäder. Sie setzen die Widerstände in der Peripherie herab, schaffen für die Zirkulation günstige Bedingungen und wirken auch reflektorisch im günstigen Sinne.

Die Kohlensäurebäder kommen im allgemeinen bei allen Vitien im Stadium der Kompensation in Betracht, ferner bei allen Zuständen mit gesteigerter Inanspruchnahme des Herzens, namentlich bei Nephritis, Arteriosklerosis u. s. w. Ja Vf. geht dabei soweit, zu verlangen, daß bei allen diesen Zuständen die Kohlensäurebäder bei kompensiertem Herzen regelmäßig jahrelang, ja immerwährend gebraucht werden sollten. Die Kohlensäurebäder sollen entweder als natürliche in Kurorten oder mit Apparat erzeugt gebraucht werden. Der Apparat leistet dasselbe wie die Natur, die in einer gewissen Erdschichte die Kohlensäure unter Druck in die fein verteilten Wassermassen einströmen läßt. Tablettenbäder oder solche mit anderen Zusätzen sind nicht von so guter Wirkung, da dabei nur freie Kohlensäure durch eine überschüssige organische oder anorganische Säure aus einer kohlensauren Base erzeugt wird, das Wasser selbst jedoch nicht kohlensäurehältig wird. Die überschüssige Säure bewirkt außerdem meist einen Hautreiz, der auf die Dauer schlecht vertragen wird. Man gebraucht Kohlensäurebäder kühl 24 bis 26° R. von steigender Intensität und Dauer von 7—20 Minuten täglich einmal. Bei lang fortgesetztem Gebrauch in der Regel dreimal wöchentlich. Nach jedem Bad ist eine längere Ruhe von mindestens zwanzig Minuten Dauer in liegender Stellung vorgeschrieben.

Massage, namentlich allgemeine Körpermassage, fördert Zirkulation und Stoffwechsel in eminenter Weise, ohne das Herz anzustrengen. Die passive und Atemgymnastik kann in jedem Stadium angewendet werden, da wir sie immer so einrichten können, daß sie keine Anforderungen an das Herz stellt. Man kann die passive Gymnastik an Apparaten machen lassen. Immer wird die manuelle Arbeit, am Beginn die Hand des Arztes, namentlich wegen dessen Kontrolle, vorzuziehen sein.

Passive und Atemgymnastik gehen Hand in Hand, sie sind fast dasselbe, wenn man die passive Gymnastik mit entsprechendem tiefen Ein- und Ausatmen verbinden läßt, so daß dann fast keine Grenze mehr zwischen beiden Methoden vorhanden ist.

Diese Methoden sind außerordentlich verschieden und erreicht gewiß jede Methode, richtig angewendet, ihren Zweck.

Die passive Gymnastik fördert durch die Bewegung ohne Anstrengung die Zirkulation in eminenter Weise. Sie wirkt ferner durch die dabei geübte Lungengymnastik einerseits direkt aufs Herz, anderseits bewirkt sie durch ausgiebige Atmung verbesserte Blutzirkulation in den Lungen und Ozonisierung des Blutes und erleichtert dadurch die Herzarbeit, wirkt auch anregend auf den Stoffwechsel.

Vf. wendet die passive Gymnastik nicht bloß im Stadium der Inkompensation und als Uebergang zur aktiven (Widerstands-)Gymnastik, sondern läßt sie immer regelmäßig weiter gebrauchen, auch bei schon genügender Herzkraft. Wie viel Zustände aber gibt es, wo er sich immer mit der passiven Gymnastik begnügen muß und niemals zur aktiven Gymnastik kommt, weil letztere schon zu große Anforderungen an das Herz stellt! Man kann aber auch damit allein bei nötiger Geduld und monatelanger Uebung, die der Patient unter Kontrolle des Arztes leicht erlernt, sehr gute Resultate erzielen. Vf. pflegt sich bei der passiven Gymnastik in der Regel auf Arm- eventuell Rumpfübungen zu beschränken. Sie werden sitzend oder stehend vorgenommen, und zwar 4—5 verschiedene Uebungen mit längeren Pausen. Jede Uebung so oft, als es der Puls gestattet. Dies macht man zweimal des Tages. Außerdem pflegt Vf. die Patienten täglich mehrmals eine Reihe sehr tiefer Atemzüge an guter Luft (vor offenem Fenster) machen zu lassen. So einfach dieser Heilbehelf ist, so glänzend wirkt er. Vf. kann aus Erfahrung diese Uebungen dem praktischen Arzt nicht genug empfehlen. Er erreicht

Digitized by Google

damit immer ein unerwartet gutes Resultat.

In welcher Reihenfolge sind die physikalischen Methoden anzuwenden?

Vf. erläutert dies an der Hand einiger Beispiele:

Der Patient kommt z. B. mit allen Erscheinungen der Inkompensation und Dilatation, Oedemen u. s. w. in die Behandlung. Anamnestisch erfahren wir, daß er bereits längere Zeit krank und arbeitsunfähig ist. Der Patient muß sich fürs erste legen. Bei gefahrdrohenden Symptomen, aber nur bei diesen, gibt Vf. zuerst Strophantus, eventuell für weitere 2—3 Tage Digitalis oder ein ähnliches Präparat. Von Beginn an Wechselstrombäder, in die man den Patienten eventuell mit Rollstuhl fahren und ins Bad heben lassen kann; eventuell auch als Vierzellenbad. Vorher eine Herzmassage oder trockene Faradisation des Herzens. Der günstige Einfluß des Bades zeigt sich fast momentan.

Ein in der Herzgegend auftretender Schmerz braucht nicht zu erschrecken. Nach dem Bade sofort wieder strenge Bettruhe, eventuell mit Kühlschlauch. Bei später, namentlich nachts, auftretenden Verschlimmerungen versucht Vf. Massage, eventuell wieder einen Herzschlauch. Nachdem 3—4 Tage täglich ein Wechselstrombad genommen wurde, tritt meistens schon anhaltende Besserung auf. Die Herzdämpfung ist kleiner geworden, der Blutdruck steigt, der Puls bessert sich. Mit Medikamenten setzt Vf. aus, wenn er solche überhaupt geben mußte. Der Patient steht auf, macht aber sehr wenig Bewegung. Am fünften bis sechsten Tage beginnt Vf. vorsichtig mit der passiven, respektive Atemgymnastik. Zuerst mit den einfachen tiefen Atemzügen, dann eventuell mit passiven Bewegungen. Frühestens nach 8—10 Tagen, meistens aber viel später, wenn regelmäßige Herzaktion und guter Blutdruck ziemlich dauernd nachweisbar ist, läßt Vf. die Wechselstrombäder eventuell mit Kohlensäurebädern abwechseln, besonders wenn letztere gut vertragen werden. Im Beginn ein- bis zweimal wöchentlich, später abwechselnd einen Tag die eine Prozedur, den nächsten die andere. Ferner beginnt Vf. mit der Widerstandsgymnastik. Er versucht dabei vorsichtig das Herz langsam zu immer größerer Kraftanstrengung zu erziehen, um später auch mit aktiver Gymnastik einsetzen zu können. Die unbedingte Ruhe wird zugleich zuerst geringer Bewegung weichen. Der Patient wird im Zimmer auf- und abgehen, dann ausfahren, dabei zuerst 2—3 Minuten Spaziergänge machen und in der Folge wird die Bewegung immer mehr und mehr ausgedehnt werden. Nur muß man den Patienten lehren, alle Bewegungen, namentlich eventuelles Stiegensteigen, langsam und konform mit der Atmung einzurichten, damit das Herz möglichst entlastet wird. Immer wird dabei die Bäderbehandlung fortgesetzt, eventuell beginnt man später auch etwas Hydrotherapie einzuschalten.

Ein fast klassisches Beispiel für die reine und daher leicht kurable Herzschwäche ist die der Chlorosen zu nennen. Vf. hat sich die Behandlung der Herzzustände besonders angelegen sein lassen, indem er Wechselstrombäder zwei- bis dreimal wöchentlich verwendet und Atemgymnastik gebrauchen läßt und hat immer ausgezeichnete und schnelle Erfolge erzielt. Vf. richtet die erlaubte Bewegung nur nach dem Zustande des Herzens ein und läßt Bettruhe nur bei schlechtem Herzen kurze Zeit gebrauchen. Ein Wechselstrombad erzielt bald genügende Kräftigung des Herzens auch für längere Zeit, um wenig Bewegung gestatten zu können.

Leidet aber z. B. der Patient an einer Nephritis oder an Arteriosklerosis, so würde Vf. ein Wechselstrombad nur im Falle eintretender Herzschwäche und auch da immer selten geben. Lieber versucht er zuerst, mit leichten Reizmitteln, wie Kältereizen und eventuell mit Medikamenten auszukommen.

Nur bei fortgesetzter Herzschwäche gebraucht Vf. auch hier Wechselstrombäder. Im allgemeinen wird man bei solchen Zuständen mit Kohlensäurebädern, namentlich in Verbindung mit passiver Gymnastik, das Herz entlasten und dem Kranken viel helfen, abgesehen

Digitized by Google

natürlich davon, daß z. B. auf die bestehende Nierenkrankheit diätetisch und diaphoretisch eingewirkt wird. Das sind auch jene Fälle, in welchen Vf. regelmäßigen fortdauernden Gebrauch von Kohlensäurebädern durch Jahre hindurch für angezeigt hält, ausgenommen der Blutdruck ist zu stark gesunken. — (Wien. klin. Rundschau, Nr. 31 u. 32, 1906.)

Chirurgie.

Anästhesie.

1. **Stovain, ein neues Anästhetikum.** Von Dr. L. Kugel, Wien. Ref. A. Haas, München.
2. **Beitrag zur Wirkung des Stovains.** Von E. Varvaro. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **1000 meduläre Tropakokain-Analgesien.** Von Karl Schwarz. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ein Narkoseapparat mit Dosierungsvorrichtung.** Von Dr. Schubert, Breslau. Ref. G. Wiener, München.

1. Kugel hat das Stovain in zirka 20 Fällen zur Infiltrationsanästhesie gewöhnlich in 1%iger Lösung als Ersatz des Kokains mit völlig befriedigendem Erfolg angewandt. Die Anästhesie trat meist sofort und vollständig ein, üble Nachwirkungen wurden nicht gesehen. Lokale Gewebsschädigungen stellten sich nicht ein, insbesondere wurde die von Braun beschriebene Hyperämie nach der Injektion vermißt. — Das Mittel ist auch bedeutend haltbarer und billiger als Kokain, so daß es als Ersatzmittel bei ausgezeichneter anästhesierender Wirkung nur empfohlen werden kann. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 7, 1906.)

2. Varvaro, der 176 Fälle unter Stovainanästhesie operiert hat, ist mit der Methode überaus zufrieden. Die angewendete Menge betrug meist 4 cg; niemals traten stärkere Unzuträglichkeiten ein, die auf das Stovain zu beziehen gewesen wären. In einer ganzen Reihe von Fällen, wie chronischen Bronchitiden, Herzfehlern, marantischen Individuen, Fettleibigen, Nephritiden, hat das Verfahren eigentlich erst die Operation ermöglicht, da eine allgemeine Narkose zu gefährlich gewesen wäre. Interessant ist, daß die Rhachistovainisation bei einer Gravida V. Monats nicht zu dem befürchteten Abort geführt hat. Vf. empfiehlt die Methode auch zur Anwendung zu diagnostischen Zwecken, z. B. schmerzhaften Untersuchungen an den weiblichen Organen. Bezüglich der Technik ist nur zu bemerken, daß Vf. eine Lösung des Stovains 1—4% in Wasser oder Kochsalzlösung verwendet, und nicht in Liquor cerebrospinalis; zwei Fälle, in denen letzterer als Lösungsmittel verwendet wurde, ließen keinen Vorteil erkennen. — (Il Policlinico, Sez. chir. 6—8, 1906.)

3. Die Rückenmarksanalgesie bricht sich immer mehr Bahn, und die Einwände, die man ursprünglich gegen sie erhoben, bestehen nicht zu Recht. Weder ist der psychische Insult des narkoselosen Operierens zu fürchten, noch die Entstehung einer Meningitis (außer bei schon bestehender Sepsis), noch ein ungünstiger Einfluß auf den Wundverlauf. „Versager" gibt es nur bei unrichtiger Technik. Mit mehr Recht wurde auf recht unangenehme Nebenerscheinungen (rasende Kopfschmerzen, Erbrechen, Kollapse, hohe Temperatursteigerungen) hingewiesen, doch werden auch sie mit fortschreitender Technik immer seltener; so erlebte Schwarz bei seinen letzten 300 Fällen nur 17 Fälle mit Kopfschmerz, 2 mit Erbrechen, 4 mit hohem Fieber, 2 mit Kollapsen, 6 mit einer Kombination von mehreren dieser Symptome. Wichtig für die allgemeinere Einführung der Methode war die Einführung von Ersatzpräparaten für das hochgiftige Kokain. Schwarz selbst schlug seinerzeit (1901) das Tropakokain vor und ist ihm treu geblieben; gegenüber anderen Autoren hält er daran fest, daß es eine durchaus zuverlässige Analgesie herbeiführt. Mit Eukain hat er ungünstige Erfahrungen gemacht; die über Stovain berichteten Resultate sind jedenfalls nicht besser als die seinen mit Tropakokain: außerdem scheinen die unangenehmen Nachwirkungen bei Verwendung von Stovain eher häufiger und intensiver zu sein. Die Berichte über Novokain lauten ermutigend. Was die Dosierung anlangt, so hält Vf. eine Ueberschreitung von 0·06 g für nicht gerechtfertigt. Als Lö-

Digitized by Google

sungsmittel für das Tropakokain verwendet auch Schwarz nach dem Vorgang Guinards den Liquor cerebrospinalis. Eine Tablette Tropakokain (Merck) à 5 resp. 6 cg wird in ein 10 cm³ fassendes Fläschchen gebracht, dazu werden dann 5—10 cm³ Liquor eingelassen (leicht blutige Färbung ist belanglos!); das Fläschchen darf behufs Lösung nicht geschüttelt, sondern nur gestürzt werden. — Der Einstich erfolgt stets unterhalb des dritten Lendenwirbels, meist zwischen 4. und 5.; die Instrumente müssen ohne Soda ausgekocht werden. — Für alle Operationen am Anus, Perineum, Vulva und Vagina genügen 5 cg ohne Beckenhochlagerung; sonst werden 6 cg und Beckenhochlagerung verwendet. Oefter als sonst beobachtet man bei Laparotomien Uebelkeit und Erbrechen. — Die Analgesie dauert bei Operationen am Damm, After, äußeren Genitalien 2, bei Operationen an den Beinen gut 1, bei Laparotomien kaum 1 Stunde. Andere Folgeerscheinungen sind Muskelerschlaffung der unteren Extremitäten, Lähmung des Sphinkters, Kältegefühl, eventuell Frösteln mit Blässe der Haut und Zyanose der Schleimhäute, Pulsverlangsamung, Kreuzschmerzen. — Die medulläre Anästhesie ist indiziert bei allen größeren Operationen bis Nabelhöhe, die allgemeine Narkose erfordern; die Lokalanästhesie soll dagegen zu Recht bestehen bleiben. Kontraindiziert ist die medulläre Anästhesie bei Kindern unter 14 Jahren und bei pathologisch ängstlichen Personen. Eine obere Altersgrenze existiert nicht. Ernste Bedenken hegt Vf. gegen jede Ausdehnung der Anästhesie auf höhere Körpergebiete mittels Erhöhung der Dosis. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1906.)

4. Allen Narkosenapparaten haften die Nachteile einer ungenauen Dosierung an, weshalb Schubert einen Apparat konstruierte, der genaue Dosierung zuläßt und außerdem durch die leichte Handhabung und den billigen Preis auch dem kleinsten Betriebe zugängig ist. Derselbe wurde bis jetzt in 50 Fällen, meistens Laparotomien, in der Breslauer Frauenklinik gebraucht, hat sich stets sehr gut bewährt und wird von der Firma Hermann Haertel, Breslau, Weidenstraße (auf Wunsch auch in einem tragbaren Kasten), hergestellt. Zwei deutliche Zeichnungen veranschaulichen den Apparat und dessen Handhabung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 40, 1906.)

Die Gastro-Enterostomie und ihr Einfluß auf die motorischen und sekretorischen Funktionen des Magens bei gutartiger Pylorusstenose. Von Gustav Franz. Ref. Fritz Loeb, München.

Boas hat seinerzeit den Satz aufgestellt, daß eine Indikation für einen chirurgischen Eingriff am Magen überall da eintritt, wo die interne Behandlung versagt. Daß bei den gutartigen Magenerkrankungen an erster Stelle die interne Behandlung einzusetzen hat, ist allgemein zugegeben, doch sollte diese bei negativem Erfolg nicht zu lange fortgesetzt werden, um nicht das Resultat einer zu spät vorgenommenen Operation zu sehr in Frage zu stellen, in Fällen, in denen bei frühzeitigem Eingreifen des Chirurgen noch gute Dauerresultate erzielt worden wären. Man hat sich deshalb bemüht, die Indikationen zum chirurgischen Eingriff bei den gutartigen Magenkrankheiten in ein gewisses Schema unterzubringen, und da heute die Gastroenterostomie eigentlich als Normalverfahren für fast sämtliche gutartige Magenerkrankungen gefordert wird, so können diese allgemeinen Regeln auch ganz speziell für die Gastroenterostomie gelten. Absolute Indikationen sind (Petersen): 1. Pylorusstenose mit schwerer mechanischer Insuffizienz, stetem Sinken des Körpergewichtes etc. 2. Akute Blutungen. 3. Verdacht auf Karzinom. Relative Indikationen sind: 1. Atonische, mechanische Insuffizienz schweren Grades. 2. Schwere Gastralgien und unstillbares Erbrechen (bei frischem Ulkus, Ulkusnarbe, Perigastritis, Adhäsionen). 3. Chronische Blutungen. Vf. reiht unter die absoluten Indikationen noch den hochgradigen Sanduhrmagen.

In letzter Zeit wird von einigen Chirurgen auch die Frühoperation des einfachen

Digitized by Google

Ulkus ohne schwere Komplikationen gefordert. Daß diese Forderung keinen allgemeinen Anklang gefunden hat, ist nicht zu verwundern. Das einfache Magengeschwür ist und wird stets die Domäne des Internisten bleiben. Mehr Berechtigung hat der chirurgische Eingriff bei den Komplikationen des Magengeschwürs. In erster Linie kommen hier die lebensgefährlichen Blutungen in Betracht: die einmaligen starken und dann die häufigen oft rezidivierenden, kleinen Blutungen, die die Patienten in hohem Grade herunterbringen. Bei den ersteren ist allerdings der Erfolg des operativen Eingriffs nicht besonders ermutigend. Bei der zweiten Gruppe der häufig rezidivierenden Blutungen sind die operativen Erfolge viel besser. Als Operation der Wahl kommt hier hauptsächlich die Gastroenterostomie in Betracht.

Eine weitere Indikation zum chirurgischen Eingriff sind heftige Gastralgien, meist verbunden mit fortwährendem Erbrechen und am häufigsten durch Perigastritis und perigastritische Verwachsungen hervorgerufen.

Die atonische Dilatation (? Ref.) und Insuffizienz des Magens wird wohl seltener Grund zum chirurgischen Eingriff sein, da die bestehenden Beschwerden durch sachgemäße interne Behandlung meist zu beseitigen sind. Nur in den hartnäckigsten und mit bedeutenden Störungen der Ernährung und des Allgemeinbefindens einhergehenden Fällen ist die Gastroenterostomie vorzuschlagen.

Die wichtigste Indikation für die Gastroenterostomie ist die gutartige Pylorusstenose mit ihren Folgeerscheinungen. Als Ursache der gutartigen Pylorusstenose kommen in Betracht: 1. Ulcus ventriculi (oder duodeni). 2. Verätzungen. 3. Gutartige Geschwülste. 4. Einfache Hypertrophie des Pylorus. 5. Angeborene Stenose. 6. Pylorospasmus. 7. Cholelithiasis. Eine Zwischenstellung nehmen die durch Tuberkulose und Lues bedingten Stenosen ein. Die hypertrophische Pylorusstenose oder stenosierende Gastritis (Boas) ist klinisch von der narbigen Pylorusstenose kaum zu trennen und wie diese stets operativ zu behandeln.

Beim Pylorospasmus, der auf nervöser Basis beruhenden intermittierenden Pylorusstenose sind die Ansichten noch verschieden. Hier ist die Indikation zum operativen Eingriff keineswegs allgemein akzeptiert.

Oefters als bisher angenommen, ist (nach Petersen) die Cholelithiasis der Grund zu schweren Magenstörungen und insbesondere zu Stenose des Pylorus. Meist handelt es sich um Stenose des Duodenums, doch ist diese weder in ihren Symptomen noch in der Therapie von der reinen Pylorusstenose zu trennen.

Die Hauptursache für die gutartige Pylorusstenose, die am meisten den Chirurgen beschäftigt, ist jedenfalls das Ulcus ventriculi, nach Petersen in 72·2% aller gutartigen Stenosen. Die innere Therapie ist bei diesen sogenannten organischen Stenosen meist machtlos, und deshalb besteht auch bezüglich der Berechtigung des operativen Eingriffs in der Hauptsache volle Uebereinstimmung. Es wird von vielen Seiten die Forderung aufgestellt, jede sicher nachgewiesene Stenose, gleichgiltig, ob erheblichen oder leichteren Grades, als absolute Indikation immer dem Chirurgen zu überweisen. Auch bezüglich der Operationsmethode hat man sich immer mehr geeinigt, so daß jetzt von der großen Mehrzahl der Chirurgen der Gastroenterostomie bei der Behandlung der gutartigen, durch Ulkus bedingten Pylorusstenose der Vorzug gegeben wird.

Die Mortalitätsverhältnisse der Gastroenterostomie bei gutartiger Pylorusstenose haben sich in den letzten Jahren ganz erheblich gebessert. Im Jahre 1894 betrug die Mortalität nach einer Zusammenstellung von Mintz noch 28·1%, zwei Jahre später fand Haberkant 25·1%. In einer großen Statistik, die bis zum Jahre 1904 reicht und die Resultate aller bedeutenden Kliniken umfaßt, fand Warnecke ein Mittel von 18·8, im speziellen schwankend zwischen 20%

Digitized by Google

(Kocher) und 25·9% (Körte). Jetzt wird allgemein die Mortalität mit 10 bis 13% angegeben (Krönlein).

Was die Folgen der Gastroenterostomie betrifft, so geben alle Autoren eine beträchtliche Besserung des Allgemeinzustandes und eine Zunahme des Körpergewichtes und der Kräfte an. Der Hauptzweck der Operation, dauernde Wiederherstellung des Wohlbefindens und annähernd normaler Verhältnisse, werden fast immer erreicht. Ob nach Ausführung der Operation eine vorherige Dilatation wieder rückgängig wird oder nicht, wird in erster Linie davon abhängig sein, wie lange der Prozeß bereits bestand, wie hochgradig die Verengerung des Pylorus war und welche Kontraktionsfähigkeit die muskulären Teile des Magens noch im Augenblick der Operation besaßen. Anders verhält es sich mit den sekretorischen Funktionen. Nur insoferne ist hier eine Uebereinstimmung erzielt, daß die Säurewerte im allgemeinen zurückgehen.

Die Erfahrungen, die Verfasser an einer Reihe von operierten Fällen gewonnen hat, faßt er in folgenden Sätzen zusammen: Die Ergebnisse müssen als entschieden günstige bezeichnet werden. Der Ernährungszutand und das Allgemeinbefinden bessern sich in allen Fällen ganz erheblich. Die Magenerweiterung geht stets zurück. Ein günstiger Einfluß auf die motorischen Funktionen ist unverkennbar, indem diese meist sofort, manchmal erst nach längerer Zeit, bis zur Norm zurückkehren. Nur selten bleibt dauernd eine gewisse motorische Insuffizienz bestehen. Der Einfluß der Operation dagegen auf die Sekretion der Salzsäure erscheint zweifelhaft. Wünschenswert ist, daß mit der Operation nicht so lange gewartet wird, bis der Kräftezustand des Patienten bis aufs äußerste gesunken ist und die Veränderungen der Magenwand, die Degeneration der muskulären Elemente und des Drüsenapparats sehr hohe Werte erreicht haben. Daß aber auch in diesen letzteren Fällen der Erfolg der Operation ein durchaus guter sein kann, ist aus mehreren vom Vf. mitgeteilten Fällen zu ersehen. — (Diss., Würzburg 1906.)

---

7 Fälle operativ behandelter hyperplastisch-stenosierender Ileocökaltuberkulose. Von H. Baum. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. zieht aus seinen ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten folgende Schlüsse: Der tuberkulöse Ileocökaltumor κατ' ἐξοχήν ist als eine relativ gutartige, rein hyperplastische Form von primärer Darmtuberkulose aufzufassen; bei der Entwicklung spielt möglicherweise die gewöhnliche Appendizitis eine gewisse Rolle. Der mikroskopische Befund hat mit dem bei Lupus hypertrophicus zu sehenden eine große Aehnlichkeit; wir fanden nur spärliche Tuberkelbildung. Die teils durch die Bindegewebsneubildung, teils durch narbige Schrumpfung (in der Submukosa) entstehende Darmstenose beherrscht die nicht besonders charakteristische Symptomengruppe. Als die in solchen Fällen beste Operation kommt, wenn irgend angängig, die einseitige Resektion des Ileocökums in Betracht. Die lediglich palliative Operation der Darmausschaltung ist bei elenden Patienten und schwererer Erkrankung (Verwachsungen, Ulzerationen, multiplen Stenosen) zu wählen. Mit der einfachen Laparotomie begnüge man sich in allen Fällen ausgedehnterer Peritonealtuberkulose. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36, 1906.)

Kriegsärztliche Berichte aus dem russisch-japanischen Feldzuge. Von Oberstabsarzt Dr. Neumann, Bromberg. Ref. Fritz Loeb, München.

Zum Schaden des Ansehens des amtlichen Sanitätsdienstes hat das Rote Kreuz drei Viertel der ganzen Arbeit bei den Russen, die von vornherein auf diese Unterstützung angewiesen waren, geleistet. Die vom russischen Roten Kreuz nach dem Vorbilde der Feldlazarette eingerichteten beweglichen Lazarette hatten sich gut bewährt. Während der russische amtliche Sanitätsdienst im argen lag (Mangel an Transportmitteln und Trägern), wird die außerordentliche Reinlichkeit und Mäßigkeit der Japaner rühmend hervorgehoben. Den bekannten Döckerschen transportablen Baracken hatte man eine besondere Konstruktion gegeben. Die Pappwand war dreifach: mit Luftisolierschicht, Doppelfenstern, Korklinoleumfußboden. Trotz

Digitized by Google

der schwierigen Heizung — Füllöfen mit Holzheizung — haben sich diese Baracken auch in der strengsten Kälte gut bewährt. Die Japaner hatten für ihren Rücktransport sieben Dampfer für 2000 Verwundete vorbereitet. Ein deutsches Vereinslazarett war in Tokio errichtet, amtliche Marinelazarette in verschiedenen Städten. Dort wurden die Verwundeten fast alle in luftigen Baracken untergebracht. Bei den Japanern wurden die Wunden antiseptisch auf dem Schlachtfelde verbunden, zum Teile mit Holzasche. Die auch früher gewonnenen Anschauungen wurden bestätigt, daß Wundkomplikationen erst eintreten, wenn der Geschoßmantel reißt oder das Geschoß deformiert. Infektionskrankheiten waren gering, bedeutend war Syphilis; die Geisteskrankheiten spielten eine große Rolle, Hysterie und Tobsuchtsanfälle bei den Russen, Delirium potatorum und Selbstmordversuche; die psychiatrische Klinik in Charbin war überfüllt.

Die uralte Frage nach der ersten Versorgung der Verwundeten hat Anlaß zu neuen Anregungen gegeben. Die schweren Verluste des Sanitätspersonals nötigten dazu, die Versuche aufzugeben, den Verwundeten w ä h r e n d des Gefechtes ärztliche Hilfe zu bringen. Die Krankenträger, deren Zahl genügend sein muß, haben nur e i n e Aufgabe, zu tragen. Mit diesem Dienst kann erst begonnen werden, wenn das Gefecht eine gewisse Ruhe erlangt hat. Der Konzentration der Sanitätshilfe steht die zerstreute Gefechtsart entgegen. Gedecktes, möglichst nahes Einrichten der Verbandplätze, Vorgehen zur Tätigkeit während der Gefechtspause ist der Grundzug der ersten Hilfe auf dem Gefechtsfelde. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 9, 1906.)

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber Renoformpulver. Von Dr. W. B e r e n t. Ref. W e i l, Wien.

G o l d s c h m i d t hat 1902 ein pulverförmiges Nebennierenpräparat, das Renoform, in die Therapie eingeführt. Es besteht aus Borsäure und Milchzucker nebst dem wirksamen Prinzip der Nebenniere in feinster Verteilung in den Stärken 1:1000 und 1:2000. Für die Stillung einer postoperativen Nasenblutung ist das festhaftende Pulver oft besser als eine leicht wegspülbare Flüssigkeit; auch kann der Operierte es zeitweise selbst aufschnupfen. So ist Vf. nach den Nasenoperationen fast immer ohne die lästige Tamponade ausgekommen. Als Präventivmittel vor Operationen hat das Renoformpulver dort den Vorzug, wo eine Flüssigkeit nicht mittels Wattebausch längere Zeit hindurch appliziert werden kann, z. B. bei Inzision peritonsillärer Abszesse, besonders aber bei der Kurettage der hinteren Larynxwand, wo es nach dem Erlöschen der Reflexe (nach vorheriger Kokainisierung) aufgeblasen wird und nach 15—20 Sekunden zergeht. Wird es zur Beseitigung von akuten Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut angewendet, dann hält die Wirkung manchmal nur kurze Zeit, oft bis zu fünf Stunden an. Fest haftende Krusten lösen sich infolge der kräftigen Kontraktion der Schwellkörper von ihrer Unterlage ab und können leicht ausgeschneuzt werden. Bei akuten und subakuten Laryngitiden kann es die Hyperämie und damit auch eine vorhandene Stimmstörung vorübergehend beseitigen. Reizerscheinungen in der Nase, wie sie nach dem Gebrauche von Adrenalinlösungen manchmal vorkommen, oder irgendwelche schädliche Nebenwirkungen (bei Arteriosklerotikern etc.) wurden niemals beobachtet. — (Therapie d. Gegenw., Juni 1906.)

Die Leukoplakie der Mundhöhle. Von Max J o s e p h. Ref. W e i l, Wien.

Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren kann Vf. nur in etwas mehr als einem Drittel seiner Fälle Syphilis mit Sicherheit konstatieren, wogegen fast alle starke Raucher waren. Außerdem mag es wohl einzelne Fälle im Zusammenhang mit Ichthyosis und besonders mit Psoriasis vulgaris geben. Therapeutisch ist es das Wichtigte, den Patienten das Rauchen für ihr ganzes Leben strengstens zu verbieten; denn einigemale sah er selbst nach jahrelanger Abstinenz schon nach einmaligem Tabakgenusse bedeutende Steigerung der

Digitized by Google

Beschwerden auftreten. Daneben Gurgelwässer (Alum. acetic., Kali chloric., Alaun, Wasserstoffsuperoxyd) und täglich zweimalige Reinigung der Zähne. Vf. perhorresziert jede aktive Therapie, die eventuell stark reizen und so die Karzinombildung befördern kann. Die einzige Ausnahme bildet die Aetzung mit Milchsäure, die dem Vf. gute Resultate gab, anfangs 5% alle 2—3 Tage, dann langsam steigend bis zu 50%. Von einer antiluetischen Behandlung hat er ebensowenig einen Erfolg gesehen, wie von Perubalsam, Pyoktanin oder Heidelbeersaft. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34, 1906.)

Ueber die Wirkung einiger dem Adrenalin verwandter Ketonbasen in der rhinologischen Praxis. Von Dr. M. Laub. Ref. Weil, Wien.

Die Versuche, das wirksame Prinzip des Nebennierenmarkes in seiner chemischen Konstitution zu ergründen und es in der Folge synthetisch herzustellen, haben zur Darstellung des salzsauren Aminoacetobrenzcatechins oder Aminoketons und seiner Methyl- und Aethylverbindungen geführt. Tierversuche ergaben zunächst eine gefäßkontrahierende Wirkung, welche der des Adrenalins und Suprarenins analog, wenn auch schwächer war. Vf. hat an dem Krankenmaterial des Ref. im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien mit allen drei Präparaten, die ihm von Herrn Geheimrat Meyer zur Verfügung gestellt worden waren, mehrere hundert Versuche angestellt, bei denen sich das Aethylaminoketon als das beste erwies. Eine 5%ige Lösung desselben wirkt so wie das gebräuchliche (1:1000) Adrenalin Takamine, was sich auch bei zahlreichen operativen Eingriffen in Hals und Nase zeigte. Zu Untersuchungszwecken genügt eine 1—2%ige Lösung.

Die drei erwähnten Ketobasen bilden mit Salzsäure gut kristallisierende, in Wasser leicht, in kaltem Alkohol wenig lösliche Verbindungen und sind nahezu farblos. Ihre Lösungen können ohne Zersetzung gekocht werden und bleiben auch nach Monaten gleich wirksam. Sie nehmen nach einiger Zeit eine rötliche Farbe an, genau so wie die verschiedenen Nebennierenpräparate; ihr Geschmack ist leicht bitter. Auf Schleimhäute oder Wunden gebracht, rufen sie weder Schmerz noch Reizung hervor.

In einigen Fällen zeigte sich bei anämischen Individuen, offenbar infolge stärkster Gefäßkontraktion, eine oberflächliche Schleimhautnekrose mit seichter Geschwürsbildung, die nach 8—10 Tagen zur Heilung kam. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 19, 1906.)

Paraffininjektionen und -Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken. Von Dr. H. Eckstein. Ref. Weil, Wien.

Vf. empfiehlt zu Injektionen abermals Hartparaffin von 50° Schmelzpunkt, denn die Paraffinprothese darf bei Körpertemperatur nicht weich oder gar flüssig sein, damit sie nicht difformiert oder gar verschleppt werde. Die Wahl des Materials ist auch wichtig; so ist z. B. ein Hartparaffin von 50° Schmelzpunkt bei Zimmertemperatur wesentlich härter als eine Mischung vom Schmelzpunkt 56°. Bei Körpertemperatur ist das erstere eine deformierbare, aber zähe Masse, die Mischung aber so gut wie flüssig. Anderseits darf das Paraffin vor der Injektion nicht wesentlich über seinen Schmelzpunkt erhitzt werden, da sonst eine Gefäßthrombose durch Hitze entstehen kann.

Von den bisher bekannten Amaurosen nach Nasenplastik ist keine einzige nach Verwendung von Hartparaffin eingetreten. Sehr unangenehm ist auch die sekundäre Verschleppung der aus Weichparaffin angelegten Prothesen, welche nach Monaten, einmal sogar nach $2^1/_2$ Jahren eingetreten ist.

Für gewisse Fälle, in denen die Haut nicht genügend dehnbar ist, empfiehlt Vf. die Implantation genau geformter Paraffinstücke von 75° Schmelzpunkt. Man schneidet mehrere Stücke ungefähr in der gewünschten Form zurecht, sterilisiert sie in einer antiseptischen Flüssigkeit und legt eines in die vorbereitete Höhle ein, welche unter Schleichscher Anästhesie von einem mindestens 1 cm weit vom Rande der zu bildenden Prothese angelegten Schnitte aus gebildet wurde. Die Möglichkeit einer Embolie oder Thrombose der Augengefäße ist da-

Digitized by Google

bei natürlich vollständig ausgeschlossen; möglich ist die nachträgliche Infektion der Prothese, wobei aber die eingetretene Eiterung dieselbe auch nicht immer zur Ausstoßung bringen muß.

Vf. hat auch in eingesunkene Nasenflügel (nach Lues) dünne Paraffinplatten eingelegt. Dabei hat er zuerst durch Schleichsche Injektion den Nasenflügel auf das Drei- bis Vierfache seiner Dicke gebracht, so daß er ihn dann leicht vom Rande aus in zwei Platten zerschneiden und zwischen diese die Prothese einlegen konnte. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31, 1906.)

Ueber regionäre Anästhesierung des Kehlkopfes. Von G. Frey. Ref. Weil, Wien.

Die regionäre oder Leitungsanästhesie, d. h. die Herstellung der Unempfindlichkeit eines Nervengebietes durch Kokaininjektionen in die unmittelbare Nähe des Nervenstammes, hat durch die Kombination des Kokains mit dem Adrenalin eine bedeutende Förderung erfahren. Vf. hat nun Versuche gemacht, die Kehlkopfschleimhaut durch Anästhesierung des N. laryngens superior unempfindlich zu machen. Zunächst hat er bei Leichenversuchen Methylenblaulösung injiziert und sich dann überzeugt, daß er bei der Injektion wirklich den Nerven mit Sicherheit getroffen hatte. In der Mitte zwischen großem Zungenbeinhorn und oberem Horn des Schildknorpels wird (bei mittlerer Halsgröße) zirka 3 cm lateral von der Mittellinie medianwärts und etwas nach hinten zirka 1 cm tief durch Haut und Platysma eingestochen. Zur Injektion benützte Vf. 1—1½%ige Lösung von Kokain in steriler physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von etwas Adrenalin; auf jeder Seite wurde 1 cm^3 der Flüssigkeit injiziert. Tiefer als 1 cm (bei fetten Leuten etwas mehr) darf nicht gestochen werden, sonst dringt die Nadelspitze durch die Membrana thyreohyoidea in den Larynx. Die Patienten haben danach etwas Spannungs- oder Würgegefühl im Halse; manchmal wurde vorübergehende Blässe des Gesichts, Erhöhung der Pulsfrequenz oder etwas Zittern der Hände beobachtet. Gaumensegel und Rachenwand müssen natürlich separat kokainisiert werden.

Nach 5—10, manchmal erst nach 20 Minuten trat vollständige, meistens sehr tiefe Anästhesie der Larynxschleimhaut ein, die zirka 15 Minuten auf der Höhe blieb, oft nach 40 Minuten noch für praktische Zwecke genügend war und erst nach 2—3 Stunden wieder dem normalen Verhalten wich; einmal konnte die Nachoperation eines Stimmbandpolypen sogar noch nach 6 Stunden ausgeführt werden. Die Anästhesie erstreckte sich vom oberen Rande des Kehldeckels bis zur Stimmritze; gleichzeitig wurde die Schleimhaut des Larynx hochgradig anämisch und blieb es oft so lange, als die Anästhesie dauerte.

Angewendet wurde das Verfahren zur Entfernung von Neubildungen, zur Kuretage und Kauterisation; besonders angezeigt wäre es zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Larynx. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 18, H. 2, 1906.)

Ueber einen eigenartigen sensiblen Reizzustand der oberen und der unteren Kehlkopfnerven. Von Dr. Georg Boenninghaus. Ref. Weil, Wien.

Vf. beschreibt zahlreiche Fälle einer eigenen Art von Halsschmerz, der sich im Verlaufe eines chronischen Halskatarrhs entwickelt und bei dem sich bestimmte schmerzhafte Druckpunkte am Kehlkopfe und an der Luftröhre nachweisen lassen. Meist entstehen die schmerzhaften Sensationen unklarer Natur und Lokalisation im Anschluß an eine akute Exazerbation der chronischen Pharyngo-Laryngitis. Oft ist der Schmerz konstant, oft entsteht er besonders beim Leerschlingen. Es findet sich auf jeder Seite ein oberer Druckpunkt zwischen großem Zungenbeinhorn und oberem Schildknorpelrand im lateralsten Teile der Membrana thyreohyoidea und ein unterer dicht an der Seite der Halsluftröhre. Diese vier Stellen entsprechen den Durchtrittspunkten der oberen und unteren Kehlkopfnerven. Häufig bezeichnen die Kranken spontan einen dieser Punkte als den Sitz des Schmerzes; meistens muß man ihn aber suchen. Rechts findet man den Schmerz viel häufiger als links und unten öfter als oben.

Digitized by Google

Manchmal findet man auch beide oberen oder unteren oder beide Druckpunkte einer Seite schmerzhaft. Als Therapie empfiehlt Vf. die äußere Halsmassage, welche so gut wie immer zum Ziele führt. In schweren Fällen wendet er daneben Galvanisation und intern Arsen an.

Vf. deutet dieses Krankheitsbild als Neuritis interstitialis der Kehlkopfnerven und sieht es als Bestätigung der noch bestrittenen Behauptung an, daß der N. recurrens beim Menschen auch sensible Fasern führt. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 18, H. 2, 1906.)

Ohrenheilkunde.

Die Stauungshyperämie bei der Behandlung von Ohreiterungen. Von Stabsarzt Haßlauer, München.

Vf. prüfte an einer längeren Reihe von Fällen die von Keppler, Heine, Stenger in die Behandlung von Ohreiterungen aufgenommene Stauungsbehandlung nach; dabei hielt er sich genau an die von Keppler befolgte Methode, sowie er auch die von Stenger bei der Behandlung der akuten Warzenfortsatzaffektionen eingeführte Behandlung mit Saugnäpfen genau nach Stengers Vorschrift durchführte. Bei der Behandlung chronischer Mittelohreiterungen ergab sich kein günstiger Einfluß der Stauungshyperämie auf den Krankheitsverlauf, der in nichts von dem dieser Form sonst eigentümlichen Verlauf abwich; nur in den sogenannten akuten Nachschüben zeigte die Stauungshyperämie die gleiche günstige Einwirkung wie in den reinen akuten Fällen. Als eine ungünstige Folge der Stauungsbehandlung bei chronischen Ohreiterungen stellte Vf. ein gehäuftes Auftreten von Gehörgangsentzündungen fest.

Sehr günstige Resultate erzielte Vf. in 23 akuten Fällen, besonders bei der akuten, nicht perforierten Mittelohrentzündung. Von 16 Fällen gelangten 8, darunter 4 Fälle mit schweren Entzündungserscheinungen, die unter allen Umständen sonst parazentesiert worden wären, nach durchschnittlich 8 Tagen zur Heilung. Von den übrigen 8 Fällen wurden noch weitere 5 Fälle nach vorausgeschickter Parazentese, wie es Keppler verlangt, der Heilung zugeführt, ebenso 3 Fälle unkomplizierter Mittelohreiterung. Drei Fälle gelangten zur Operation, doch nur aus dem Grunde, weil Vf. fürchtete, den richtigen Moment zur Operation zu versäumen. Vf. schließt sich der Forderung Heines an, daß, selbst wenn sich der günstige Einfluß der Stauung auf die Ohreiterungen bestätigen sollte, die Stauungsbehandlung nur von erfahrenen Aerzten geübt wird. Sie verlangt nicht nur eine ständige Beobachtung und eine ganz exakte Ausführung, sie ist auch nicht unbedenklich, weil Gefahr besteht, daß in manchen Fällen das Krankheitsbild verschleiert wird, daß daraus eine Verzögerung einer vielleicht rettenden Operation entsteht, daß also der richtige Moment zur Operation verpaßt wird. Drei weitere Fälle mit Indikation zur Aufmeißlung wurden nach Stengers Methode sehr rasch der Heilung zugeführt. Diese bedeutet gegenüber der bisher üblichen ausgiebigen Ausräumung des Warzenfortsatzes einen erheblichen Fortschritt in der Behandlung der Warzenfortsatzkomplikationen. Die lange Nachbehandlung fällt weg, der Ohrprozeß heilt ohne besondere Narbe und ohne Defekt im Warzenfortsatz aus. Nur in einem Falle blieb die Stauungsbehandlung ohne allen Einfluß auf den Krankheitsprozeß.

Vf. erklärt nach seinen Erfahrungen die Behandlung der Ohreiterungen mit Stauungshyperämie als einen bedeutenden Fortschritt, denn die Erfolge bei der akuten, nicht perforierten Mittelohrentzündung und den Warzenfortsatzeiterungen sind unbestritten. Ein abschließendes Urteil möchte Vf. jedoch zur Zeit noch nicht abgeben. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1906.) Autoreferat.

Gynäkologie.

Transplantation menschlicher Ovarien. Von Dr. Cramer, Bonn. Ref. G. Wiener, München.

Die ersten Versuche der Verpflanzung menschlicher Ovarien waren nicht er-

Digitized by Google

mutigend, denn sofort oder nach kurzdauernder Funktion trat Atrophie derselben ein. Immerhin war von einer Verbesserung der Technik auch vielleicht eine Verbesserung der Resultate zu erhoffen. In erster Linie mußten beide Frauen gleichzeitig operiert werden, da die Qualität des Ovarialgewebes erheblich litt, wenn dasselbe in physiologischer Kochsalzlösung aufbewahrt wurde. Ferner ist es sehr wichtig für das Einheilen der funktionierenden Rindenschicht, das Stroma gewissermaßen auszukernen und die Rindenschicht flächenhaft auf das Peritoneum auszubreiten.

Der Vf. hat zwei Frauen auf diese Weise operiert. Die Ovarien stammten in beiden Fällen von Osteomalazischen her, die zum Zwecke der Ausheilung kastriert werden sollten.

Der klinische Erfolg bei der ersten Patientin war und ist bis heute ($4^1/_2$ Monate nach der Operation) ein vollständiger, so daß es sogar zu einem Abort kam. Im zweiten Falle dagegen waren die Ovarien zehn Wochen nach der Operation vollständig resorbiert, so daß von denselben nichts mehr zu finden war. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39, 1906.)

Selbsthaltender Vulva- und Vulva-Vaginalspreizer, ein neues Instrument für vaginale Operationen. Von Dr. Blumberg, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Das besonders für Kolpotomien, digitale Ausräumungen, Kurettage, Dammrissen und Prolapsoperationen geeignete Instrument, dessen Beschreibung zwei deutliche Abbildungen beigegeben sind, besteht aus einer Sperrzange, deren Enden je eine kleine Kugelzange tragen. Durch letztere werden die Labien gefaßt und kann die Vulva während der ganzen Dauer der Operation mittels der Cremaillière gespreizt gehalten werden. Das Instrument hält sich durch sein eigenes Gewicht in seiner Lage, braucht also nicht gehalten zu werden. Bei Kolporrhaphien und Nähen von Dammrissen wird dadurch die Assistenz überflüssig. Ferner eignet sich das Instrument gut zu Lehrzwecken, da die Beobachtung der Operation nicht durch davorstehende Assistenten gehindert wird. Der Spreizer ist, weil zerlegbar, leicht zu reinigen und nach kurzer Uebung auch leicht zu handhaben. Hergestellt wird er von Georg Haertel, Berlin, Karlstraße 19. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 39, 1906.)

Uterushaltezange. Von Dr. Prüsmann, Dresden. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. ließ ein Instrument anfertigen, dessen Branchen so konstruiert sind, daß sie die konfigurierbare Masse des Uteruskörpers derartig von unten her fassen, daß ein Abgleiten kaum möglich ist, ohne daß jedoch dabei das Gewebe des Uterus verletzt wird. Außerdem haben die Griffe eine solche Krümmung, daß für den Operateur das Operationsfeld vollkommen frei bleibt. Das Medizinische Warenhaus in Berlin hat den Vertrieb des Instruments übernommen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46, 1906.)

Ueber die Verbindung von Morphium-Skopolamin-Injektionen mit Rückenmarksanästhesie bei gynäkologischen Operationen. Von Dr. Busse, Jena. Ref. G. Wiener, München.

Seit 26. April wird in der Klinik Franz obige Verbindung verwendet, und wurden dabei in 175 gynäkologischen und 5 geburtshilflichen Fällen gute Erfolge erzielt. Der nachstehende Bericht bezieht sich auf 150 gynäkologische Eingriffe. Viermal wurde eine Injektion, 14mal wurden zwei, 128mal drei und siebenmal vier Einspritzungen ohne Nachteil gemacht. Von Morphium wurde nur die Hälfte der sonst üblichen Dosis, nämlich $^1/_2$ cg per injectione, verwendet, dagegen wurden die Skopolamindosen etwas erhöht, nämlich auf halbe Milligramme.

Die Skopolaminwirkung zeigte sich rein vor der Lumbalanästhesie, ist aber auch nach dieser gut kenntlich. Sie besteht in Rötung des Gesichts, Pulsbeschleunigung sowie Unruhe, die sich bis zu Halluzinationen steigern kann. Die Erinnerungsbilder waren nach der ersten und zweiten Injektion meist so deutlich, daß prinzipiell drei Einspritzungen gemacht wurden. Siebenmal fanden sich vollständige Versager, 13mal unvollständige Anästhesien, in neun Fällen von schwerer Karzinomoperation mußte die Inhalations-

Digitized by Google

narkose eingeleitet werden, 22mal zeigte sich Erbrechen und Würgen, und zwar sowohl bei Stovain wie bei Novokain, siebenmal wurde der Puls schlecht, und zwar nur bei Novokain, während er sich bei Stovain eher hob, 13 Frauen hatten nach der Operation Erbrechen, 13 Kopfschmerzen. Ferner wurde über Kreuz- und Rückenschmerzen, Stechen auf der Brust und Nackensteifigkeit sowie starken Durst geklagt. Im allgemeinen war das Befinden der Patienten jedoch besser als bei Inhalationsnarkosen. Kontraindikationen sind: große Fettleibigkeit, schlechter Puls, Nervosität und Aufgeregtheit. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1906.)

Ueber vaginalen Bauchschnitt. Von Prof. Dührssen, Berlin. Ref. G. Wiener, München.

Dem Vf. ist es gelungen, die Zahl der Fälle, in denen die Bauchhöhle von oben her geöffnet werden mußte, auf 20% zu reduzieren. Er stellt dabei den Grundsatz auf, daß die vaginale Cöliotomie die Beckenorgane so sichtbar macht, daß sich an ihnen alle Operationen ausführen lassen, zu denen man bisher die abdominale Laparotomie benötigte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1906.)

Geburtshilfe.

Ueber das unstillbare Erbrechen der Schwangeren. Von Dr. Tuszkai, Budapest. Ref. G. Wiener, München.

Es ist streng zwischen dem während der Gravidität auftretenden hysterischen Erbrechen und der spezifischen Graviditätshyperemesis zu unterscheiden. Letztere gehört zu den seltensten Komplikationen. Ihre Diagnose kann gestellt werden: 1. wenn alle Krankheiten ausgeschlossen sind, die auch bei Graviden Erbrechen verursachen (enterogene Toxämie, Magenaffektionen, Meningitis, Peritonitis, Hydrops etc.), 2. wenn man danach noch die charakteristischen klinischen Symptome findet, besonders große lokale Empfindlichkeit des Peritoneums des Uterus, 3. wenn sich das Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme zeigt und sich in kurzer Zeit Symptome der Inanition finden (Abnahme des Körpergewichts, des Urins, der roten Blutkörperchen, Zunahme des spezifischen Gewichts des Urins, des Blutes und der Pulszahl, Auftreten von Eiweiß im Urin, Abnahme der Morgen- und Zunahme der Abendtemperatur, Steigerung des Ammoniakgehaltes im Urin). Die Therapie soll konservativ sein (Kälte oder Wärme, Ruhe, Opium), nur bei drohender Gefährdung der Mutter ist die Schwangerschaft zu unterbrechen. — (Berl. Klinik Nr. 218, 1906.)

Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. Von Dr. Gobiet, Orlau. Ref. G. Wiener, München.

Der klassische Kaiserschnitt ist heute allgemein durch den ungefährlicheren vaginalen nach Dührssen verdrängt und bleibt nur für die Fälle reserviert, wo entsprechende Beckenverengerungen denselben ohnedies indizieren. Dührssen machte die obige Operation zuerst im Jahre 1896 und führte sie in 8 Minuten aus. Auch alle anderen Geburtshelfer äußern sich sehr befriedigt über die leichte und schnelle Ausführbarkeit des Verfahrens.

Der Vf. beschreibt einen eigenen Fall (mit gutem Ausgang) sowie 60 Fälle aus der Literatur. 45 davon wurden geheilt; es ergibt sich also eine Mortalität von 25%. Zwölfmal war die Eklampsie die Todesursache, einmal Pneumonie, zwei Frauen starben an den Folgen der Operation. Dieselbe wurde dreimal im sechsten, fünfmal im siebenten, elfmal im achten, sechsmal im neunten Monat und zehnmal am Ende der Gravidität ausgeführt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1906.)

Wieviel Zeit muß nach der Geburt verstreichen, bis man plastische Operationen an den Genitalien ausführen darf? Von Albert Sippel, Frankfurt a. M. Ref. G. Wiener, München.

Der Vf. machte sechs Wochen nach der Operation zwei plastische Operationen an der Scheide, bei denen aus den eingerissenen Stichkanälen eine so heftige Blutung einsetzte, daß tamponiert werden mußte. Die Operation konnte erst später vollendet werden. Er kommt an der Hand dieser Erfahrungen zu dem Schlusse, daß

Digitized by Google

man den allgemein als richtig angenommenen Termin von sechs Wochen nach der Geburt nicht uneingeschränkt gelten lassen soll. Die Entscheidung, ob operiert werden könne, muß nach dem Zustande der Scheidenschleimhaut gestellt werden. Ist dieselbe noch stark hyperämisch und aufgelockert, so ist der Eingriff hinauszuschieben und die Schleimhaut eventuell durch stark adstringierende Behandlung zur Operation vorzubereiten. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 36, 1906.)

Die Unterbindung der Beckenvenen bei der pyämischen Form des Kindbettfiebers. Von Dr. Georg Friedemann, Stettin. Ref. G. Wiener, München.

Die Unterbindung der Vena spermatica bei der pyämischen Form des Kindbettfiebers genügt nicht immer. Das venöse Blut aus Uterus und Beckenbindegewebe ergießt sich nur zum kleinen Teil in diese Gefäße, der größere Teil wird zur Vena hypogastrica hingeleitet. Man muß also auch diese berücksichtigen, im schlimmsten Falle alle vier Venenstämme unterbinden, was erfahrungsgemäß gut vertragen wird. (Abgesehen von einem vorübergehenden Oedem der äußeren Genitalien.) Da bei transperitonealer Venenunterbindung leicht Peritonitis entsteht, so wäre eine retroperitoneale Freilegung der Venen mehr am Platze. Schwere Metastasen, vor allem ulzeröse Endokarditis, schließen den Eingriff absolut aus. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37, 1906.)

Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. Von Dr. Poland, Würzburg. Ref. G. Wiener, München.

Die drei Verfahren, welche sich von allen hieher gehörigen Methoden in der Praxis erhalten haben, sind: 1. die Bougiebehandlung, 2. der Blasenstich, 3. die Metreuryse. Nach Ansicht des Vfs. ist die letzte Methode — das Einlegen von Gummiblasen zwischen Eiblase und Gebärmuttermund — die beste, doch seien die Ansichten darüber sehr geteilt.

Die moderne Geburtshilfe verfolgt hiebei zwei Richtungen: die eine begünstigt ein abwartendes, die andere ein aktives Vorgehen, d. h. die prinzipielle Wendung und Extraktion nach Ausstoßen des Ballons.

In der Würzburger Klinik Hofmeier wurde in den letzten drei Jahren unter 1952 Geburten, darunter 119 engen Becken, nur 18mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet. In neun Fällen wurde nach Erweiterung des Muttermundes durch die Gummiblase die Blase gesprengt und das Kind extrahiert. Es handelte sich hiebei achtmal um plattes Becken, einmal um Carcinoma ventriculi. Die Geburtsdauer schwankte zwischen $7^1/_2$—48 Stunden; alle Mütter und Kinder blieben gesund (bis auf einen Fall von Fractura humeri bei Beckenendlage). Dagegen war die Geburtsdauer in den neun anderen Fällen eine bedeutend größere und war man trotz Abwarten viermal gezwungen, dennoch aktiv vorzugehen. Zweimal wurde wirklich bis zum spontanen Ausstoßen gewartet — einmal war das Kind mazeriert, das anderemal intra partum abgestorben.

Nach Ansicht des Vfs. soll daher prinzipiell nach Ausstoßung des Ballons die Geburt beendet werden.

Es ist schon die Forderung aufgestellt worden, die künstliche Frühgeburt der Klinik vorzubehalten. Dieselbe ist ja durchaus keine einfache Operation, sondern stellt an die Zeit und das technische Können des Arztes oft hohe Anforderungen. Immerhin kann sie in der Praxis von geschickter Hand unter richtigen Voraussetzungen ausgeführt werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1906.)

Unter welchen Umständen kann die Anwendung der Zange, obgleich als opportun erscheinend, eingeschränkt oder vermieden werden? Von Dr. Demelin, Paris. Ref. G. Wiener, München.

Werden bei einer Primpara, bei welcher die Dilatationsperiode seit 20—24 Stunden andauert, die Wehen plötzlich schwach, bleiben die Herztöne aber noch gut, so soll durch ein heißes Bad, stark gezuckerte alkoholische Getränke, ein oder zwei Dosen von 50 cg Chin. sulf. (doch niemals Ergotin) eingewirkt werden, worauf man dann oft wieder gute Wehen eintreten sieht. Manchmal bleibt die Blase intakt und setzt dem Vordringen des Kopfes ein Hindernis entgegen. Dann

Digitized by Google

sollen zwischen zwei Wehen die Eihäute zerrissen werden. Jedoch nur dann, wenn die Dilatation sehr vorgeschritten ist. Ist dies nicht der Fall, soll zugewartet werden, ohne die Blase zu sprengen (außer in dringenden Fällen, z. B. bei reichlichem Hydramnos, Placenta praevia etc.).

Wenn kräftige Frauen aus Angst vor den Schmerzen, statt mitzupressen, die Wehen zurückzuhalten suchen, soll man ihnen vernünftig zureden und eventuell etwas Chloroform geben, worauf sich bald wieder ein guter Fortschritt der Wehen zeigt, weil durch die leichte Betäubung die Angst und der Widerstand unterdrückt werden. Schreiten trotz kräftiger Mithilfe der Frau die Wehen infolge eines sehr festen Dammes aber nicht genügend vorwärts, so soll durch Druck auf den Leib von außen auf den Uterus im Moment der Zusammenziehung eingewirkt werden. Im allgemeinen gilt als Regel, daß interveniert werden soll, wenn zwei Stunden nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes das Kind nicht geboren wird. Dies ist nach Ansicht des Vfs. jedoch folgendermaßen zu modifizieren:

Sind die Wehen schwach und selten, so kann 4—6 Stunden zugewartet werden, ehe man eingreift; dagegen soll dies nach Ablauf von 2 Stunden geschehen, wenn die Wehen rasch aufeinanderfolgen und sehr kräftig sind. — (Journ. des Prat. Nr. 33, 1906.)

Geburten mit Skopolamin-Morphium. Von Stabsarzt Dr. Hocheisen. Ref. G. Wiener, München.

Die günstigen Resultate, welche Gauss in 800 Fällen mit dem Dämmerschlaf erzielt hat, veranlaßten Bumm, denselben auch in der Charité zu versuchen, und berichtet der Vf. über die ersten 100 Halbschlafgeburten. Er selbst hat 60, Bardeleben ebenfalls 60 Halbnarkosen beobachtet, doch blieben die ersten Fälle weg, da man erst eine gewisse Erfahrung sammeln wollte.

Gauss stellt als Forderung für die Halbnarkose auf: 1. es muß eine erhebliche Schmerzbeeinflussung erzielt werden; 2. es dürfen keine schädlichen Nebenwirkungen vorhanden sein oder diese dürfen wenigstens in keinem Mißverhältnis zur erreichten Schmerzlinderung stehen. Dahin ist zu rechnen: a) keine beträchtlichen Störung des subjektiven Allgemeinbefindens, b) keine ungünstige Beeinflussung der Geburt (bezüglich Wehentätigkeit, Bauchpresse, Nachgeburtswehen, Rückbildung des Uterus und Stillgeschäft), c) kein Schaden des Kindes (intra- oder extrauterin).

In der Klinik Bumm wurden die Fälle möglichst den Angaben von Gauss entsprechend behandelt, und zwar mit dem Merckschen Präparat. Es wurde 14mal 0·0003, 30mal 0·00045, 31mal 0·0005, 8mal 0·0006, 12mal 0·0007 cm³ gegeben. Die Dosen sind kleiner wie die Gaussschen, weil bei größeren Dosen ausgesprochene Fälle von Wehenschwäche beobachtet wurden. Auch wurde nie über 0·002 Morphium hinausgegangen. Die Dauer der Geburt nach der Injektion schwankte zwischen 15 Minuten und 79 Stunden. Es waren 70 Erst- und 30 Mehrgebärende, 74 linke, 32 rechte Hinterhauptslagen, 3 Steiß-, 1 Gesichtslage. 18mal war der Effekt negativ hinsichtlich des Wehenschmerzes, mittlere Herabsetzung desselben zeigten 21 Frauen, 55 hatten gute Wirkung, 6 fühlten überhaupt keinen Schmerz. Sechsmal fand Erbrechen statt, 60% der Gebärenden bekamen einen oft beängstigend roten Kopf, eine hatte Nasenbluten, zweimal zeigte sich Schwindel, sechsmal heftiger Kopfschmerz, zweimal starker Schweißausbruch, zehnmal große Unruhe, viermal Delirien, dreimal klonische Zuckungen, 45mal außerordentlich großer Durst.

Bezüglich der Wehen trat 64mal keine Beeinflussung ein, 21mal waren sie in der Eröffnungsperiode bedeutend herabgesetzt, fünfmal sistierten sie längere Zeit ganz, viermal wurde der Blasensprung verzögert, 15mal trat schlechte Wirkung in der Austreibungsperiode ein, dreimal hörten die Wehen dabei ganz auf.

Die Bauchpresse war in 24% aller Fälle erheblich herabgesetzt, die Geburtsdauer im ganzen wurde nicht nur durchschnittlich, sondern oft ganz exzessiv verlängert. Auch das Gesamtverhalten der Plazentarperiode ist nicht sehr günstig und es scheint die Beobachtung Terriers be-

Digitized by Google

stätigt, daß das Skopolamin Gefäßdilatation verursacht und Neigung zu Blutungen hervorruft.

An operativen Eingriffen wurden fünf Beckenausgangs-, eine Beckenmittenzange, eine Extraktion am hochstehenden Steiß gemacht. Bei geringerer Geduld kann der Geburtshelfer bei Skopolamingeburten auf 20—25% Zangenextraktionen rechnen. Bezüglich der puerperalen Funktionen muß eine Nachwirkung des Skopolamins in Form verzögerter und mangelhafter Rückbildung des Uterus und protrahierter Blutungen konstatiert werden. Dagegen ist eine Beeinflussung des Stillens nicht beobachtet worden.

Gänzlich gegenindiziert ist das Mittel bei Schwächezuständen, fieberhaften Erkrankungen, Anämie, somnolenten Zuständen und Eklampsie (letzteres nach Ansicht des Vfs.; Gauss ist hier entgegengesetzter Ansicht). Ferner in allen Fällen, wo die Geburt rasch beendet werden soll, z. B. bei vorzeitigem Blasensprung.

Die Kinder werden in einer Art Rauschzustand geboren, sie schreien nur einmal, die Augenlider fallen ihnen herab, der Herzschlag sinkt bis auf 60 herab. Von den 100 Geburten der Bummschen Klinik waren 14 in diesem Zustand, 4, d. h. 18%, waren zugleich asphyktisch. Die Erscheinungen halten manchmal drei bis vier Tage an und dieselben in ihrer Gesamtheit lassen die sogenannte „Ungefährlichkeit" des Skopolamins höchst zweifelhaft erscheinen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37 u. 38, 1906.)

Urologie.

Behandlung der Hämaturie bei chronischer Nephritis. Von H. A. Fowler. Ref. V. Blum, Wien.

Die Behandlung der Hämaturie kann eine chirurgische und eine medizinische sein. In der Regel ist die Blutung weder durch die Ruhe noch durch blutstillende Medikamente zu beeinflussen. (? Ref.) Früher oder später kommt es in den meisten Fällen zur chirurgischen Intervention. Aber durch die chirurgische Blutstillung wird meist auch die Nephritis günstig beeinflußt und das Allgemeinbefinden des Patienten gebessert. Am häufigsten wird die Nephrotomie die Operation der Wahl sein. Die Resultate sind meist gute, in der Mehrzahl der Fälle verschwindet die Hämaturie unmittelbar nach der Operation.

Bei abundanten renalen Hämaturien wurde wiederholt die primäre Nephrektomie durchgeführt. Natürlich tritt nach dieser Operation unmittelbar das Aufhören der Blutung ein (bei einseitiger Blutung), es besteht immer in solchen Fällen die Gefahr der Insuffizienz der zurückblutenden Niere. Zur Nephrektomie soll man sich nur in Fällen lebensbedrohender einseitiger Blutung entschließen, wenn die andere Niere eine gute Funktion zeigt.

Immer muß man sich bei der chirurgischen Behandlung der nephritischen Hämaturie vor Augen halten, daß die Therapie sich nur gegen das Symptom der Blutung richtet, während doch die anatomischen Läsionen der Niere fortbestehen, wenn auch vielleicht in gebessertem Zustande.

Es ist deshalb nicht überraschend, wenn es zu Rezidiven kommt, die eventuell neuerdings chirurgische Hilfe erheischen. — (New-York med. Journ., 2. Dez. 1905.)

Ueber Pyelographie (Röntgenographie des Nierenbeckens nach Kollargolfüllung). Von Dr. F. Völcker und A. Lichtenberg. Ref. V. Blum, Wien.

Um auf röntgenographischem Wege Lage und Formveränderungen der Niere und des Nierenbeckens, eventuell auch des Ureters, darstellen zu können, bedienen sich die Vf. folgenden Verfahrens:

Mittels des Casperschen Ureterenkystoskops wird der Ureter katheterisiert, der Katheter bis ins Nierenbecken vorgeschoben und durch denselben wird eine 5%ige erwärmte Kollargollösung injiziert, wenn der Patient für Röntgen-Aufnahme präpariert auf der photographischen Platte liegt. Die Menge der injizierten Flüssigkeit ist verschieden. Bei einzelnen Kranken traten schon nach 5 cm^3 heftige Nierenkoliken auf, andere vertrugen mit Leichtigkeit 50—60 cm^3, je nach der Kapazität des Nierenbeckens. Von elf unter-

Digitized by Google

suchten Fällen wurden siebenmal deutliche Bilder erzielt. Bei mageren Menschen gelingt die Pyelographie naturgemäß leichter.

An den dem Texte beigegebenen äußerst wohlgelungenen Radiogrammen kann man mit großer Schärfe den Verlauf des Ureters, Abknickungen desselben, Erweiterungen des Nierenbeckens, Ausbuchtungen etc. sehen. Die Pyelographie erwies sich in einzelnen Fällen als wertvolle Ergänzung der funktionellen Nierendiagnostik, speziell der von Völcker inaugurierten Chromozystoskopie. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3, 1906.)

Prostatische Albuminurie. Von E. G. Ballenger. Ref. V. Blum, Wien.

Nach des Vfs. Meinung bedingt diese Form der Eiweißausscheidung einen häufigen Irrtum in der Diagnose der sogenannten orthostatischen, physiologischen oder zyklischen Albuminurie. Die Sekretion einer hyperämischen oder entzündeten Prostata ist immer eiweißhältig, während das Sekret einer normalen Drüse kein Eiweiß enthält oder nur so wenig, daß der Urin keine deutlichen Spuren von Albumin enthält. Diese prostatische Albuminurie ist ein konstantes Symptom der chronischen Prostatitis. In allen Fällen, in denen die Ursache der Albuminurie nicht völlig klar ist, sollte man an die Möglichkeit des prostatischen Ursprungs der Albuminurie denken, bevor man die Diagnose einer orthostatischen Albuminurie macht. Die periodische Steigerung des entzündlichen Prozesses in der Drüse, ebenso wie die Prostatorrhöe bedingt die große Aehnlichkeit mit den zyklischen Formen der „physiologischen Albuminurie", namentlich, wenn das Drüsensekret gegen die Blase zu regurgitiert und nicht am Orificium urethrae externum erscheint.

Die regelmäßige Steigerung dieses Prostataprozesses alle 10—14 Tage und die Analogie zwischen Uterus und Prostata legen den Gedanken an Beziehungen zwischen diesen Zuständen und der Menstruation nahe. — (New-York med. Journ., 24. Febr. 1906.)

Litholapaxie und Lithotomie. Von Swinburne. Ref. V. Blum, Wien.

Vf. konstatiert, daß unter den amerikanischen Chirurgen nur wenige die Steinzertrümmerung ausführen, da ihnen der Steinschnitt (suprapubische Zystotomie) leichter und sicherer erscheint. Nach Vfs. Ansicht sollte in Fällen von mäßig großen Steinen ohne Niereninfektion die Litholapaxie die Operation der Wahl sein. Wenn aber schwere Zystitis oder Pyelitis, Divertikel- oder Trabekelblasen bestehen oder eingesackte Steine, dann kommt nur der Schnitt in Betracht. Vf. rät mit Recht, sich vor der Operation durch die Zystoskopie vom Zustand der Blasenwände, von der Größe, Form und Zahl der Blasensteine zu überzeugen, um hienach die Wahl der Operationsmethode zu treffen.

Zur Litholapaxie wird der Kranke, wenn möglich, narkotisiert. Die Dauer der Operation beträgt in der Regel $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden. Nach der Operation bleibt der Kranke 24—48 Stunden zu Bett. Am Ende der zweiten Woche wird die Blase mittels des Zystoskops unter Kokainanästhesie revidiert. Bestehen große Schwierigkeiten, den Stein zu fassen oder zu zertrümmern, so ist die suprapubische Zystotomie anzuraten. — (American Medicine, 10. März 1906.)

Pyurie durch Leukozytose. Leukozytose-Pyämie. Von Talma, Utrecht. Ref. V. Blum, Wien.

Ein 34jähriger Mann (Bleiarbeiter), der bis auf einen Rheumatismus, den er vor fünf Jahren überstand, stets gesund war, erkrankte vor sechs Wochen an heftigem Fieber mit wiederholten Schüttelfrösten; er litt an heftigen Diarrhöen, Schmerzen in den Beinen und hatte einen auffallend trüben Harn. Die Untersuchung ergab nur eine hochgradige, schlaffe Leberschwellung, keinen Milztumor. Die Lymphdrüsen in axilla und über dem Schlüsselbein waren geschwollen. Die unteren Extremitäten zeigten starke Oedeme. Nervensystem ohne pathologischen Befund. Keine Knochenschmerzhaftigkeit. Der Stuhl enthielt reichlich Leukozyten. Die Trübung des Harnes rührt von einem eitrigen, aus polynukleären Leukozyten bestehenden Sediment

Digitized by Google

her. Auch einzelne Harnzylinder sind zu finden. Die Blutuntersuchung ergibt eine Leukozytose von 43.200 Leukozyten mit 94% polynukleären Zellen. Es trat heftiges Nasenbluten auf, und nach vier Tagen erfolgte unter Fortbestehen des Fiebers der Tod. Die Autopsie ergab eitrige Bronchitis, Pleuritis, Perikarditis, Enteritis, Hirnödem, trübe Schwellung der Leber und Nieren, geringgradigen Katarrh der Harnblase. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab, daß es sich zwar nicht um Nephritis handelt, wohl aber um eine Durchwanderung der Leukozyten aus den Glomerulusschlingen in die Tubuli.

Vf. erklärt den ganzen Symptomenkomplex der Pyurie durch eine erleichterte Diapedese der Leukozyten durch die dünnwandigen Gefäße. Auch für einen zweiten Fall von kryptogenetischer Pyämie nimmt Talma diese Entstehungsursache an; auch in diesem bestand auffallende Pyurie, ohne daß bei der Sektion ein dieselbe erklärender Eiterungsprozeß vorhanden gewesen wäre.

Es besteht in solchen Fällen von Pyurie durch Leukozytose eine Ausscheidung von Eiter durch die Nieren, indem die polynukleären Zellen vollkommen unverändert die Blutgefäße durchwandern. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1906.)

Dermatologie.

Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Ref. Nobl, Wien.

Die gehäufte Vorführung von Krankheitsfällen des spontanen Hautschwundes in der diffusen und umschriebenen Form hat das Interesse für eine Gruppe von Läsionsformen erschlossen, in deren ätiologischer Klärung sich die Fachärzte redlich mit den Praktikern, die am ehesten in der Lage sind, Anfangsstadien zu verfolgen, zu teilen haben. Dieses Zusammenwirken ist umsomehr erforderlich, als vorläufig noch die Klinik für die Gruppierung das Machtwort hat und eine endgiltige Sichtung der Erscheinungsformen nur aus großen Beobachtungsreihen resultieren kann. Die seit den Beschreibungen von Pospelow (1886), I. v. Neumann (1898), J. F. Pick (Erythromelie) allgemein geläufigen nosologischen Kennzeichen des Prozesses erfahren neuerdings in den Arbeiten von Rusch, Oppenheim und Thimm nach mancher Richtung hin ergänzende Zusätze. Rusch, der eine Reihe zugehöriger Wahrnehmungen aus der Innsbrucker Klinik zur Mitteilung bringt, möchte die Klasse in zwei Sondergruppen unterbringen: I. Erkrankungsformen ohne klinisch wahrnehmbare Entzündungsphänomene. II. Fälle, die im Verlaufe des zur Atrophie führenden Zustands Entzündungserscheinungen, Schwellungen, Oedeme darbieten. Typus I wird durch den Fall einer 69jährigen Frau illustriert, die an Rumpf und Extremitäten verdünntes, fettloses, unelastisches, ausgedehntes, faltiges, abnorm verschiebliches, stellenweise transparentes, dunkelrot bis livides, oberflächlich leicht schilferndes Integument aufweist. Entstehung aus unmerklichen Anfängen, Ausbreitung seit 15 Jahren. Eine echte, diffuse, primäre, progressive, idiopathische Hautatrophie, die im histologischen Bilde durch beträchtliche Atrophie der Keimschicht, Verschmächtigung der Lederhaut, Papillarschwund und rarefiziertes, tiefes, elastisches Fasernetz charakterisiert ist. Gefäße erweitert, Fett fehlt, glatte Muskelbündel scheinbar hypertrophiert, Gefäße und Drüsen von mäßigem Infiltrat umgeben. Atrophie und Entzündung gehen in allen Phasen des Prozesses Hand in Hand. Krankheitsursache unbekannt. Gruppe II kann Rusch mit drei Beobachtungen beleuchten. Hieher zu rechnen sind: das Erythema paraliticum (Neumann), Erythromelie (Pick), Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer). Schwellung, Rötung, Oedem leiten meist die Veränderungen ein. Die Atrophie dominiert gegenüber der Entzündung bei einer 60jährigen Frau. An den Streckflächen der Oberextremitäten: die Haut stellenweise zart gerunzelt, rarefiziert, in den Zwischenbezirken scheinbar verdickt, plump, sulzig durch tiefes Oedem. Bei einer zweiten, 54jährigen Frau, die schon Lang 1885 beschrieb (Kachexia cutis), sind neben

Digitized by Google

umschriebenen, kleineren Herden an den Wangen diffuse Veränderungen an den Extremitäten zu sehen (Atrophie), an den Unterschenkel- und Fußrücken die Haut verdickt, unverschieblich, schuppend, wie angeleimt aufruhend. Ein ähnliches Bild bietet eine 51jährige Frau. Histologisch entspricht dem Befund je nach dem Stadium Hornschichtverdickung, Abflachung der Papillen, Schwund des elastischen Gewebes, Zellanhäufen in der Kutistiefe. Bei den gleichen Gewebsverhältnissen ist die nosologische Zusammengehörigkeit mit der ersten Art erwiesen. Für die zirkumskripte Form der Hautatrophie (Annetodermia erythematodes Jadassohn, Atrophia cutis Heuss, Atrophodermie erythemateuse en plaques a progression excentrique Thibiege) möchte Rusch mit Rille nicht die Zugehörigkeit zu den idiopathischen Formen der Atrophie annehmen. (Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 81.)

Den letzteren Formen wendet Oppenheim eine erhöhte Aufmerksamkeit zu. Angeregt durch zwei Fälle der Klinik Finger (18jährige Frau, 27jähriger Mann) unterzieht Vf. die bisherigen Beobachtungen einer Sichtung, wobei die Fälle mit atrophischen Flecken ohne papulo-urtikarielles Vorstadium eine Trennung von jenen Formen erfahren, bei welchen sich der Hautschwund an papulöse, vesikulöse und angioneurotische Effloreszenzen anschloß. Oppenheims erster Fall rangiert unter dem Typus der reinen fleckigen Atrophie, bei der aus kleinen geröteten Stellen ohne Beschwerden weiße, gefältelte, wie narbig aussehende Herde entstehen, bald mit Farbendifferenzen der zentralen und peripheren Anteile, bald ohne solche, meist mit dem Endausgange einer lokalen Vorwölbung der verdünnten Partien. Der zweite Fall nähert sich der diffusen Akrodermatitis atrophicus, die aus eingestreuten makulösen Ansätzen den Ausgang nimmt. Unter mäßigen Entzündungserscheinungen wird die Atrophie des elastischen Lagers und der sonstigen Cutiskomponenten eingeleitet. (Archiv f. Derm. u. Syph., Bd. 81.)

Beachtenswerte Andeutungen für die Aetiologie wenigstens einer Gruppe dieser regressiven Hautveränderungen sind einer Wahrnehmung Thimms zu entnehmen, der bei einem 16jährigen Mädchen eine Kombination aller klinischen Varietäten und Stadien der Atrophie von der wallnußgroßen, prallen Quaddelbildung und zyanotischen Hautverfärbung bis zur extremen streifigen und makulösen Atrophie verfolgen konnte. Die Menses waren noch nicht eingetreten. Seit dem Einsetzen der Menstruation sind Monate verstrichen, ohne daß es weiterhin zur Bildung von Quaddeln oder Oedem gekommen wäre. Die regionäre Kongestion der erkrankten Bezirke machte einer schlaffen Atrophie der Hautdecke Platz, die blaurote Färbung wird zu einer rein weißen und der Krankheitsprozeß schreitet nicht mehr weiter, die vorher unaufhaltsam wachsenden atrophischen Bezirke verharren auf ihrem bis dahin erreichten Umfang. In der Anomalie der sexualen Funktionen wird mit Recht eine der wichtigsten Ursachen dieser rätselhaften, zur Atrophie führenden, sicherlich vom Gefäßapparat ausgehenden Störungen zu suchen sein. Das fast ausschließliche Befallensein des weiblichen Geschlechts, das häufige Einsetzen der Veränderungen zur Zeit des Klimakteriums sind Anhaltspunkte, die selbst den objektiven Beobachter zu Recherchen in der Richtung anregen müssen (Ref.). — (Archiv f. Derm. u. Syph., Bd. 81.)

Ueber eine bisher nicht beschriebene Hauterkrankung (Lympho granulomatosis cutis). Von Dr. Siegfried Grosz. Ref. Nobl, Wien.

Die Bezeichnung nimmt Vf. für ein Krankheitsbild in Anspruch, das dem klinischen Aussehen nach einigermaßen an die leukämischen und pseudoleukämischen Hautmetastasen erinnert und in den anatomischen Einzelheiten der von Paltauf-Sternberg des näheren aufgedeckten Wucherung des lymphatischen Gewebes entspricht. Das in der Projektion auf die Haut bisher nicht beobachtete Leiden betraf einen 21jährigen Mann, der nebst mit der Haut verlöteten Drüsentumoren, diffuse, teigige Infiltrationen der Cutis und linsen- bis wallnußgroße, braunrote, halbkugelig promi-

Digitized by Google

nente, in die Haut eingestreute Geschwülste darbot. Blutbefund normal. Exzidierte Knötchen bestehen aus im Chorium sitzenden, Schweiß- und Talgdrüsen umfassenden Infiltrationsherden. Die Obduktion ergibt des weiteren fibrös-eitrige Pleuritis, veränderte Lymphdrüsen und Knoten in Milz und Leber. Histologisch bestehen die Einlagerungen aus Zellagglomeraten, die ganz den Charakter der von Sternberg beschriebenen, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufenden Tuberkuloseform aufweisen. Typisch ist der Reichtum an eigentümlichen großen, vielkernigen Zellen mit reichlichem Protoplasma und gelapptem karyokinetischen Kernen. Die Zellen erinnern bei dem atypischen Kernverhalten an Sarkomelemente. Die von Sternberg hervorgehobene Gruppe zeigt als Wesen die Bildung eines eigenartigen Granulationsgewebes im lymphatischen Apparat, das erst sehr spät das typische tuberkulöse Gepräge anzunehmen pflegt. Diese Form der Tuberkulose ist auch in dem Falle Groß für die Hauttumoren anzunehmen, obschon der bazilläre Nachweis ausständig ist. — (Beitr. z. path. Anat. u. z. allgem Path., Bd. 40, 1906.)

Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebenniere. Von Geh. Hofrat Dr. Th. Veiel, Ref. Nobl, Wien.

Eine 61jährige Frau mit schuppender, infiltrierter Haut klagt über unerträgliches Jucken. Cold-Cream, Mentholamylum 1/4%, Zinkbenzoesalbenmull verschaffen vorübergehende Linderung. Nach einiger Zeit Fieber, heftige Diarrhöen, Albumen, granulierte Zylinder. Im Verlauf weniger Monate Bronzefärbung der Haut, Pigmentflecke an Lippen- und Wangenschleimhaut. Unter urämischen Erscheinungen Exitus letalis. Die beiden Nebennieren sind in einen zystischen, schlaffen Sack umgewandelt, der beim Durchschneiden eine geringe Menge bräunlicher Flüssigkeit enthält. Eine Schichtung der Zystenwand nicht mehr zu entnehmen. Parenchymatöse Nephritis. — (Archiv f. Derm. u. Syph., Bd 80.)

Ein Fall von septischer Dyphtherie mit pockenähnlichen Erscheinungen der Haut. Von Geh. Hofrat Dr. Veiel. Ref. Nobl, Wien.

Fieberhafter Kehlkopfkatarrh und für Variola pustulosa hämorrhagica verdächtiges Exanthem auf der Haut und im Rachen leiten bei einem 19jährigen Jüngling das Krankheitsbild ein. An Stirne, Gesäß, Knie und Ellbogen sitzen, von rotem Hof umgebene, rötlich-schwärzliche, gedellte Bläschen und krustös eingetrocknete Effloreszenzen. Am Gaumen haben sich aus geplatzten Blasen hervorgegangene, grau belegte Stellen entwickelt. Schwellung und Rötung der Epiglottis, dieselbe wird beim Phonieren nicht gehoben. Weiterer Anstieg der Temperatur, Atemnot, diffuser Gaumenbelag. Die Kulturen ergeben Dyphtheriebazillen und Streptokokken. Terminale Pneumonie bei 41° Fieber. Gangrän des Zahnfleisches. Exitus. Trotz der Aehnlichkeit des Ausschlages mit Blattern war die Zugehörigkeit des Ausbruches aus dem Fehlen der Guarnerischen Körperchen in der geimpften Kaninchenkornea, sowie aus der erfolglosen Impfung eines Kalbes auszuschließen. Nachträglich gingen auch aus den Hauteffloreszenzen Streptokokken an. — (Württ. Med. Corr.-Bl., 1906.)

Erfahrungen mit Radium-Behandlung. Von Dr. Blaschko. Ref. Nobl, Wien.

Nach Bs. zweijähriger Erfahrung wäre bei geringen Abständen und wenig absorbierenden Blenden mittels Radium eine beträchtliche Tiefenwirkung zu erzielen. Die Reaktion macht sich nach einer 5—10-tägigen Schlummerperiode geltend. Durchgreifende Erfolge sind jedoch nur bei ganz oberflächlich sitzenden Tumoren zu erzielen. Der Epitheldecke verlustige, ulzerierte oder erodierte Cancroide werden am besten beeinflußt. Am intensivsten zeigt sich die Reaktion an den jüngsten Zellformen, daher oft die Tiefenwirkung ohne Oberflächenveränderung. Warzen, Naevi, Angiome sind der Therapie ebenfalls durch die rege Proliferation ihrer Zellelemente zugänglich. Nach mäßiger, mit superfiziellem Schorf einhergehender, exsudativer Entzündung soll nach

Digitized by Google

zwei bis drei Wochen die spurlose Abheilung erfolgen. Der embryonale Charakter der wuchernden Naevuszellen läßt auch beim weichen Male die Applikation des Radiums zu. Die resultierenden Narben sollen frei von Gefäßerweiterung sein. Der miliäre, in Narben eingestreute Lupus wäre auch noch dem Indikationsbereich des Radiumbromids anzureihen. Wenn B. nun auch die entzündlichen Erkrankungen, wie Psoriasis, Ekzem, Lupus erythematosus als beinflußbar hinstellt und sich auf die Erfolge der Röntgen-Therapie beruft, so können wir weder aus der Pathologie dieser Prozesse noch aber aus den bisherigen therapeutischen Erfahrungen Anhaltspunkte gewinnen, die zu einer ähnlichen Empfehlung anregen könnten. Es ist noch niemals eine Psoriasis dauernd mit Röntgen-Strahlen geheilt worden, dagegen sind schon sehr viele Psoriatiker durch diese Therapie zu dauerndem Siechtum verdammt worden. Wie aber eine den Körper überziehende numuläre Schuppenflechte mit den kleinen Radiumkapseln in absehbarer Zeit belegt werden könnte, ist unerfindlich. Interessant ist die von B. gewählte Applikation des Radiums in Pflasterform, womit immerhin größere Körperflächen, allerdings auf Kosten der Intensität, bestrahlt werden können. Bei Sycosis vulgaris, Lichen planus, Keloid hat selbst B. wenig ermutigende Erfolge gesehen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1906.)

Kinderheilkunde.

Ueber die Ausnützung der Just-Hatmakerschen Trockenmilch. Von Dr. Ernst Brezina und Dr. Erwin Lazar. (Aus dem hygienischen Institut der k. k. Universität Wien.) Ref. Fromm, München.

Aus den Untersuchungen der Vf. geht hervor, daß die Just-Hatmakersche Trockenmilch als Ersatz für frische Milch, wo solche nicht zu beschaffen ist, ganz wohl sich eignet, wenngleich die Ausnützung der Eiweißstoffe gegenüber frischer Milch in der Regel etwas herabgesetzt zu sein scheint. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 38, 1906.)

Ueber hysterische Psychosen im Kindesalter. Von Theodor Kathen. Ref. Fromm, München.

Nach einer Erörterung über die Hysterie im allgemeinen und die kindliche Hysterie im besonderen kommt Vf. dazu, einen völlig atypischen Fall kindlicher Hysterie zu beschreiben, dessen Besonderheiten in erster Linie in der Polymorphie der Symptome besteht, während diese Erkrankung beim Kinde sonst fast stets monosymptomatisch auftritt. Hysterische Stigmata, häufige Anfälle, Störungen in der sensiblen Sphäre, bestehend in ausgesprochener Anästhesie und Analgesie nach vorhergehender Hyperästhesie, und vor allen Dingen psychische Störungen, die im Kindesalter zum Teil sehr selten sind, zum Teil von manchen Autoren überhaupt geleugnet werden, finden sich in dem beschriebenen Falle vereinigt.

Die Aetiologie war in dem betreffenden Falle ganz unklar. Bezüglich der Therapie bringt die Arbeit keine neuen Gesichtspunkte. — (Diss. Kiel 1905.)

Hefetherapie der Gastroenteritis im Kindesalter. Von P. Sittler. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Sittler versuchte nach französischem Vorbild (Combe) bei Gastroenteritiden jüngerer und älterer Kinder Hefepräparate, und zwar Levurinose, Levure Adrian (à 1 g) und Levuretin (à 0·5 g); das letzte Präparat schien sich am besten zu bewähren und erwies sich auch infolge seiner Tablettenpackung als das praktischste. Die Dosis betrug bei ihm 3—5 Tabletten, bei den beiden anderen Präparaten 1—3 g. Die Präparate wurden, von einem Falle abgesehen, anstandslos genommen. Das Hefepräparat wurde fein verrührt in abgekühltem gesüßtem Tee oder Zuckerwasser gegeben; dabei entsprechende Diät und eventuell Spülungen. Auffallend war der Erfolg bei den mit starker Fäulnis einhergehenden Enteritiden; der schlechte Geruch der Stühle besserte sich fast immer gleichzeitig mit ihrer Verminderung; das Erbrechen hörte prompt auf. In manchen, sogar schweren Fällen genügte die Hefe allein; in anderen wurden noch andere Stopfmittel nötig; Stärkerwerden des

Digitized by Google

Durchfalls sah Vf. nur einmal. Er hält die Hefetherapie nach seinen Erfahrungen, besonders in hartnäckigen Fällen, für ein empfehlenswertes therapeutisches Vorgehen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36, 1906.)

Ueber das Milchfett stillender Frauen bei der Ernährung mit spezifischen Fetten. Von Engel und Plaut. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Engel und Plaut studierten in ihren interessanten Versuchen die Beeinflußbarkeit der Fette der Ammenmilch durch das Nahrungsfett. Ist eine solche Beeinflussung vorhanden, so muß sie sich nachweisen lassen durch eine Veränderung der Jodzahl des Milchfetts. In der Tat konnten die Vf. durch Verabreichung von Fetten mit hoher Jodzahl (Olivenöl, Leinöl) die Jodzahl des Milchfettes erhöhen, durch Verabreichung von solchen mit niedriger Jodzahl (Palmin) die Jodzahl des Milchfettes erniedrigen. Wirklich gleichmäßige Reihen wurden aber nur dann erhalten, wenn genügende Mengen von dem betreffenden Fette verfüttert wurden; geschah dies nicht, so mußte das im Körper (besonders in der Leber) aufgestapelte Fett zur Milchbildung mit herangezogen werden und beeinflußte die Jodzahl. Wir haben es also völlig in der Gewalt, auf diätetischem Wege innerhalb gewisser Grenzen ein Milchfett von beliebiger Zusammensetzung zu schaffen. Um praktische Ergebnisse zu erreichen, wären aber vor allem analoge Versuche an der Kuh anzustellen. Fallen diese positiv aus, so werden wir in der Lage sein, durch geeignete Fütterung ein Milchfett bei der Kuh zu erzielen, das sich dem der Frauenmilch mehr nähert als das gewöhnliche Kuhmilchfett, und dadurch die Kuhmilch manchen Säuglingen, die sie sonst nicht ertragen würden, besser verdaulich zu machen. Wie sich die Kinder verhalten würden, die mit solcher Milch gefüttert werden, darüber läßt sich von vornherein nichts sagen; jedenfalls aber war nie eine Schädigung der Säuglinge festzustellen, selbst wenn die Ammen lang mit einem sehr von der Norm abweichenden Fett ernährt wurden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1906.)

Von der 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart

17. bis 22. September 1906.

Abteilung für Chirurgie.

Ueber die Behandlung des Genu valgum. Von Guradze, Wiesbaden. Ref. Klar, München.

Vortragender betont, daß es sich beim Genu valgum um eine Deformität des ganzen Beines handle, und demonstriert an Knochenpräparaten und Röntgen-Bildern die Veränderungen in Diaphysen und Epiphysen sowie die von Julius Wolf studierten Knochenstrukturverhältnisse. Am Knochenpräparat ließ sich die Torsion von Oberschenkel und Tibia sowie der kompensatorische Pes varus gut veranschaulichen. Sodann zeigte Vortragender Photographien einer Anzahl behandelter Fälle, die mit Schienen oder Schienenhülsenapparaten bezw. redressierenden Verbänden oder linearer Osteotomie am Oberschenkel behandelt waren. Besondere Besprechung erfährt der Fall eines zehnjährigen Mädchens, das bei 112·5 cm Körpergröße einen Fersenabstand von 32 cm zeigte; bei diesem Fall bestanden derartige starke Veränderungen in den Hüften und den Oberschenkeln im Sinne der Torsion, daß die Patientin mit leichter Mühe die Beine so nach außen umdrehen konnte, daß der Fuß nicht nur senkrecht nach hinten, sondern von da aus noch nach innen in die Frontalebene gedreht werden konnte. Doppelseitige lineäre Oberschenkelosteotomie brachte Heilung, so daß vollkommener Knie- und Knöchelschluß möglich war und daß Patientin ihre Beine nur noch in normalen Grenzen nach außen rotieren konnte und um $9^1/_2$ cm größer geworden war.

Digitized by Google

Ueber Krüppelfürsorge. Von L. Rosenfeld, Nürnberg. Ref. Klar, München.

Zu den Grenzgebieten seiner Wissenschaft, auf welchen für den orthopädischen Chirurgen noch viel zu leisten ist, gehört die Fürsorge für die körperlich Verkrüppelten. — Die Zahl der Krüppel ist sehr groß; auf Grund einiger Teilzählungen darf man sie in Deutschland auf mindestens 360.000 schätzen. Genauen Aufschluß wird die große Statistik geben, welche noch im Laufe dieses Jahres in allen deutschen Staaten von Seiten der Regierungen durchgeführt werden wird. Die Verkrüppelung als solche bedingt große soziale Schäden: Zwei Drittel aller Krüppel leben in kümmerlichen und ganz ärmlichen Verhältnissen, die Mehrzahl der Unbemittelten ermangelt der nötigen ärztlichen, d. h. orthopädisch-chirurgischen Hilfe, etwa der zehnte Teil muß ohne jeglichen Schulunterricht aufwachsen.

Im ganzen ist für die Verkrüppelten bis heute noch relativ wenig geschehen. Es gibt allerdings Anstalten, in welchen Krüppelkinder Unterkunft und Erziehung finden können. Solche Institute bestehen zur Zeit in Deutschland 33; ein einziges davon (München) ist staatlich; die anderen sind in den Händen privater Wohltätigkeit und Gründungen geistlicher Körperschaften. Die bestehenden „Krüppelheime" leisten zum Teil ganz Vorzügliches, können aber mit ihren insgesamt 2600 Plätzen nicht einmal den 50. Teil des vorhandenen Bedürfnisses decken. Aehnliche Zustände wie in Deutschland finden sich in den übrigen Ländern; in einzelnen, so in Oesterreich, Ungarn, Schweiz, Holland, Rußland, Frankreich ist es ganz schlecht um die Krüppelfürsorge bestellt, alle diese großen Staaten besitzen nur je eine kleine Anstalt. Besser ist es in England, das ungefähr auf gleicher Stufe steht wie Deutschland; ganz Hervorragendes auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge leisten die Nordländer, Schweden, Norwegen, Finnland und namentlich Dänemark. Ebenso ist auch in den Vereinigten Staaten von Amerika für die Krüppel sehr gut gesorgt; in einzelnen Staaten, New-York und Minnesota, ist man so weit, daß staatlich und durch Gesetz jedem bedürftigen Krüppel die weitgehendste Fürsorge in ärztlicher, pädagogischer und sozialer Hinsicht garantiert ist.

Der springende Punkt für eine zweckentsprechende Gestaltung der Krüppelfürsorge ist die Betonung und Durchführung ausgiebigster orthopädisch-chirurgischer Hilfe durch Errichtung zahlreicher staatlicher Institute. Diese Krüppelanstalten der Zukunft müssen der Fürsorge in vier Punkten gerecht werden: 1. als Heilanstalt, durch Gewährung orthopädisch-chirurgischer Behandlung; 2. als Erziehungsinstitut durch Leistung eines der Normalschule entsprechenden Unterrichts; 3. als gewerbliche Fortbildungsschule durch Ausbildung in einem den Fähigkeiten des einzelnen Krüppels entsprechenden Berufe; 4. als Versorgungsheim für Unheilbare und solche, welche nicht zu wirtschaftlicher Selbständigkeit gebracht werden können.

Als Heilanstalt muß das Institut mit allen Erfordernissen einer modernen orthopädischen Klinik, speziell aber für ausreichende stationäre Behandlung eingerichtet sein. Da orthopädische Kuren oft jahrelang dauern und die Ausschaltung vom Schulunterricht für längere Zeit, namentlich für die Armen, eine schwere Schädigung in materieller Beziehung bedeutet, muß mit der Klinik die Schule direkt verbunden sein. Eine Berufsausbildung schon während der Schulzeit ist für den Krüppel notwendig, um ihm in der besseren Vorbildung ein Aequivalent für die Einbuße an absoluter Arbeitsfähigkeit zu geben.

Praktisch ist es nun in erster Linie notwendig, weitere Kreise für die Krüppelfürsorge zu interessieren und die beteiligten Faktoren, Regierungen, Kommunen, Aerzte und Pädagogen, zum Zusammenschluß zu bringen. Der geeignete Boden hiezu ist die Krüppelfürsorgeabteilung des Deutschen Zentralvereines für Jugendfürsorge, den zu unterstützen Aufgabe eines jeden sein sollte.

Digitized by Google

Zur Diskussion über die Vorträge Saenger, Krause und Oppenheim: Chirurgische Behandlung der Hirntumoren. Ref. Klar, München.

Nonne (Hamburg) hat in den letzten drei Jahren fünfmal Palliativ-Trepanationen machen lassen bei inoperablen Fällen von Hirntumoren. In vier Fällen kam es zu erheblichem Nachlassen der subjektiven Beschwerden. N. ließ trepanieren entweder in der Gegend, wo man den Tumor vermutete oder an der Grenze zwischen Hinterhaupt und Parietalgegend.

N. bringt, da mehrfach in der Diskussion auf die Fälle von Pseudotumor cerebri Bezug genommen ist, zwei neue Fälle aus seiner Beobachtung:

In einem Falle handelt es sich um schwere hemiplegische Symptome mit Erscheinungen von Hirndruck, im anderen Falle um die Erscheinungen eines raumbeengenden Prozesses in der hinteren Schädelgrube.

Im übrigen verweist N. auf den von seiner Abteilung stammenden, von Sterz publizierten Fall, in dem es sich um ein ungeheuer langsam progressives (8 Jahre) Symptomenbild gehandelt hatte, welches auf eine organische Erkrankung der einen motorischen Zone hinwies; während sich bei der Operation und bei der späteren Sektion keine Anomalie fand, ergab die eingehende mikroskopische Untersuchung (Glia-Färbung) das Vorhandensein eines von dem Marklager aus nach der Hirnrinde zu gewachsenen, sehr zellarmen, nur infiltrativ anwachsenden Glioms. In beiden Fällen war nicht der geringste Anhalt für Syphilis, in beiden Fällen unter Schmierkur zunächst Zunahme, dann allmählicher Rückgang der Symptome bis zu restloser Heilung.

Zu der Bemerkung eines der Vorredner, daß relativ häufig beim Hirntumor Erscheinungen von Hirndruck fehlen, bringt N. die Tatsache bei, daß bei seinem Material von Hirntumoren er sehr selten Pulsverlangsamung, viel häufiger Pulsbeschleunigung sehe. Vor der Lumbalpunktion bei sicheren Fällen von Hirntumor warnt N. an der Hand eines neuen vierten Falles von Exitus nach diesem Eingriff.

N. weist darauf hin, daß in seltenen Fällen auch bei extraduralen, exquisit und hochgradig komprimierenden Rückenmarkstumoren Schmerzen fehlen können. In einem solchen Falle hat N. vor drei Jahren die Diagnose nicht gestellt und bei der Sektion fand sich ein zystischer, gutartiger, komprimierender Duraltumor. N. tritt ebenfalls für die Probelamiektomie in zweifelhaften Fällen ein, falls die genaue Lokalisation des supponierten Prozesses möglich ist. An eine Bemerkung des Herrn Brun anknüpfend, berichtet N. über einen Fall von multipler Sklerose, bei dem die Diagnose lange zweifelhaft blieb, weil periodenweise starke Schmerzattacken bestanden. In diesem Falle ergab die Sektion, daß an den hinteren Wurzeln kleine Knötchen saßen, welche sich mikroskopisch als aus Glia-Wucherung bestehend zeigten.

Kombinierte Sitzung der Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Neurologie-Psychiatrie.

Ueber den Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit von Krankheiten. Von Dr. Nonne, Hamburg. Ref. Klar, München.

Vortragender berichtet über praktische Erfahrungen an 667 Fällen von Unfall-Oberbegutachtung. Es handelte sich stets um „Unfallneurosen". Es entwickelte sich durchwegs das Bild der hypochondrisch gefärbten Neurasthenie mit einzelnen hysterieformen Symptomen. Die Prognose ist durchwegs schlecht, wenn man erst von Heilung sprechen will, wenn die Verletzten selbst angeben, sich geheilt zu fühlen, ist jedoch nicht ungünstig, soweit die Besserung der Arbeitsfähigkeit, die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bis auf 20—30% wieder hergestellt wurde, in Betracht kommt. N. betont die Monotonie des subjektiven und objektiven Krankheitsbildes. Fälle von klassischer Hysterie im Charcotschen Sinne sind sehr selten, wenngleich sie vorkommen. Ueberaus auffallend ist der Unterschied in der Prognose schwerer Kopfverletzungen mit schwersten unmittelbaren Folgen,

Digitized by Google

wenn sie nicht unter dem Unfallgesetz stehen. N. berichtet über zwei einschlägige Erfahrungen: In dem einen Fall handelte es sich um die Erscheinungen einer überaus schweren Commotio cerebri, welche über drei Tage dauerte. Die subjektiven Beschwerden verschwanden im Laufe von ca. zwei Wochen, und nach weiteren zwei Wochen verlangte der Patient dringend seine Entlassung, um wieder an die Arbeit (schwere Hafenarbeit) zu gehen, da er gänzlich geheilt sei. Patient hat dann andauernd wieder Vollarbeit zu normalem Lohn getan. In dem zweiten Falle handelte es sich um ein extradurales Hämatom der Dura mater, welche das Hirn komprimiert hatte. Die Trepanation wurde ausgeführt, nachdem an zwei Tagen die Diagnose auf Grund der Symptome: zunehmendes Koma, Hemiplegie mit Jacksonscher Epilepsie, objektive Stauungssymptome, gestellt worden war. Vier Wochen nach der Operation verlangte der Kranke seine Entlassung, und hat seither vom ersten Tage an ununterbrochen schwere Arbeit als Kohlenarbeiter zu vollem Lohn getan.

Im Anschluß demonstriert N. an Lichtbildern 20 Fälle von mittelschweren, schweren und schwersten Verstümmlungen der Finger und der Hände bei Arbeitern, deren Verletzung nicht in die Kategorie der „Unfälle" fiel. In allen Fällen wurde Arbeit zu vollem Lohn getan (Gelegenheitsarbeiter, Schauerleute, Kohlenarbeiter, Gärtner, Tischler, Mechaniker, Bleicher, Kutscher etc.). N. erwartet eine Besserung der bestehenden Kalamität nicht durch die Ausführung der bisherigen Vorschläge (Schaffung leichter Arbeitsgelegenheit in den früheren Betrieben, medico-mechanische Institute, sofortige Uebernahme der Behandlung durch die Berufsgenossenschaften etc.), sondern nur von zwei Momenten: 1. baldmöglichste einmalige Abfindung, 2. Tragung eines kleinen Teiles der Kosten seitens der Verletzten für den Fall der rechtskräftigen Ablehnung der Berufung.

Zum Kapitel der Entstehung chronisch-organischer Rückenmarkskrankheiten durch ein Trauma bringt N. Beiträge:

1. Tabes dorsalis, vier Fälle. In allen vier Fällen fehlte Syphilis in der Anamnese, war die Krankheit früher nicht vorhanden gewesen, entwickelten sich die ersten Symptome in der Zeit von zirka 4—8 Monaten nach dem Trauma, lag keine andere palpable Ursache vor und bot die erste Lokalisation der Symptome und der weitere Verlauf Besonderheiten, die sich am ersten mit dem Trauma in Verbindung bringen ließen. Bei Vergleich des Gesamtmaterials an Tabesfällen, das N. zur Verfügung steht, ergibt sich auch für ihn die überaus große Seltenheit der rein traumatischen Entstehungsweise der Tabes, deren Möglichkeit aber man nach Ns. Erfahrung zugeben muß. In zwei Fällen entwickelte sich bei bereits bestehender Tabes nach Verletzung des Fußes eine Arthropathie an dem betreffenden Fuß, in einem Fall nach Verletzung des Knies eine Arthropathie in diesem Knie, einmal eine „Spontanfraktur" im Oberschenkel nach drei Wochen vorher stattgehabter Kontusion des betreffenden Oberschenkels. In einem Falle wurden nach schwerer Kontusion des Nackens und Hinterkopfes bei einem Mann, der deswegen auf die Abteilung von N. kam, objektive Zeichen beginnender Tabes konstatiert (reflektorische Pupillenstarre und Fehlen der Achillessehnenreflexe); drei Monate später erste Erscheinungen einer beginnenden Bulbärparalyse, die dann im Laufe der nächsten sechs Monate Fortschritte machte, neben Fortschreiten der spinalen Tabes.

Besonders bemerkenswert ist ein Fall: Ein vorher ganz gesunder Mann akquirierte eine schwere Quetschung der Brust und des Rückens. Im Krankenhaus klagte er über „Schmerzen auf der Brust". Objektiv fand sich zunächst nichts, sechs Wochen später erst die Zeichen eines beginnenden Aneurysma der Aorta ascendens, nach weiteren zwei Monaten lanzinierende Schmerzen in den oberen Extremitäten und Parästhesien im Ulnarisgebiet beiderseits, allmählich Fehlen der Trizeps-Sehnenreflexe, Anästhesie im Ulnarisgebiet, Biernatzkisches Symptom. Neun Monate nach dem Unfall starb Patient. Die Sektion ergab ein beginnendes Aneurysma der aufsteigenden Aorta

Digitized by Google

sowie (mikroskopisch) Tabes dorsalis cervicalis.

2. Myelitis chronica dorsalis. In einem Falle entwickelte sich das Bild der spastischen Myelitis dorsalis ganz allmählich und chronisch beginnend drei Monate nach wiederholten schweren Stößen gegen den Rücken. In einem zweiten Fall ebenso nach einem Fall auf den Rücken mit schweren Kontusionserscheinungen. In diesem Falle ergab die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks (Tod nach fünf Jahren) eine Myelitis transversa completa in der Höhe des vierten bis achten Dorsalwirbels mit auf- und absteigenden Degenerationen. Es war das Bild der traumatischen Nekrose ohne Residuen von Blutungen. In einem dritten Falle hatte es sich ebenfalls um eine schwere Kontusion des Rückens gehandelt. Die ersten Symptome traten drei Monate nach der Verletzung auf und entwickelten sich zunächst unter dem Bilde eines inkompletten Brown-Sequard und gingen dann über in das Bild einer Myelitis dorsalis completa. Tod nach einem Jahre. Mikroskopisch multiple Nekrose im oberen und mittleren Dorsalsack, auf der einen Seite stärker ausgesprochen als auf der anderen, auf- und absteigende Degenerationen, keine Residuen von Blutungen. Im dritten Fall (Fall auf den Rücken von einer Leiter herunter) entwickelten sich die ersten Symptome bereits vier Wochen nach der Verletzung und führten ebenfalls zu dem Bilde einer Myelitis dorsalis. Tod nach einem Jahre: Transversale konfluierte Nekrose im oberen Dorsalmark mit auf- und absteigenden Degenerationen, keine Residuen von Blutungen. In einem fünften Fall war akut nach einem schweren Sturz auf den Rücken das Bild einer Hämatomyelie entstanden, d. h. spastische Lähmungen aller vier Extremitäten mit Dissoziation der Empfindungslähmung. Allmählich Rückbildung der Symptome bis auf Reste von dem Brown-Sequard-Typus, ausgehend vom rechten unteren Halsmark. Dieser Symptomenkomplex blieb konstant bis zu dem nach zehn Jahren erfolgten Tode. Die Sektion (mikroskopische Untersuchung) ergab eine traumatische (nekrotische) Syringomyelie im Vorder- und Hinterhorn des unteren Hals- und oberen Dorsalmarkes mit Uebergreifen auf den rechten Seitenstrang.

3. Amyotrophische Lateralsklerose. Im ersten Falle handelt es sich um einen Offizier, welcher beim Jagdrennen auf den Rücken gefallen war. Nach drei Monaten Schwäche der Rückenmuskulatur, dann paretische Schwäche in den unteren Extremitäten. Vier Monate nach dem Unfall Untersuchung durch N.: Atrophische Parese in den distalen Partien der oberen Extremitäten und beginnende spastische Parese in den unteren Extremitäten, paretische Schwäche mit Atrophie in der Rückenmuskulatur; zirka ein Jahr später Exitus. Laut brieflicher Mitteilung waren mehrere Monate vor dem Tode bulbäre Erscheinungen eingetreten, an deren Progredienz der Kranke zugrunde gegangen war.

In einem zweiten Falle hatte sich nach einer schweren Kontusion des linken Vorderarmes nach mehreren Wochen eine atrophische Parese in Hand und Vorderarm entwickelt, welche im Laufe der nächsten acht Monate in das Symptomenbild der atrophischen Lähmung der oberen Extremitäten mit spastischen Lähmungen der unteren Extremitäten überging. Dann entwickelte sich langsam progredient das typische Bild der Bulbärparalyse. Bei der Sektion (mikroskopisch) fand sich das klassische Bild der amyotrophischen Lateralsklerose (Untersuchung des Rückenmarks, der Medulla oblongata, der Pons und der Hirnrinde). N. projiziert die Präparate der betreffenden anatomisch untersuchten Fälle.

Bei multiplen Sklerosen sah N. zweimal traumatische Entstehung, einmal bei einem bisher gesunden Soldaten, der beim Turnen vom Querbaum auf den Rücken gefallen war, bei dem sich nach drei Monaten die ersten Anzeichen einer spastischen Paraparesis inferior zeigten, und bei dem sich dann allmählich weiter das Bild der multiplen Sklerose (Intentionstremor der oberen Extremitäten, Nystagmus, Sprachstörung, Fehlen der Bauchdeckenreflexe) fand. In einem zweiten Fall handelte es sich um Verletzung des linken Fußes durch einen herabfallenden

Digitized by Google

Balken. Zunächst fand sich das Bild der gleichseitigen hysterischen motorischen Hemiparese und sensorischen Hemiplegie (sensorisch-sensibel), dann trat eine spastische Parese von organischem Charakter, erst in der linken unteren Extremität, dann auch in der anderen Extremität auf, und dann allmählich progressiv Nystagmus, Unsicherheit in den oberen Extremitäten und leichte Sprachstörung. Seit zwei Jahren ist der Fall stabil.

Fälle von traumatisch chronisch entstandener Syringomyelie sah N. nicht, vielleicht deshalb, weil überhaupt das Syringomyeliematerial in Hamburg sehr spärlich ist.

Zum Schluß resümiert N. die Kriterien, nach denen ein ätiologischer Zusammenhang mit einem chronischen organischen Rückenmarksleiden beurteilt werden muß, warnt vor kritikloser Annahme eines solchen Zusammenhanges, betont aber, daß man nach den vorliegenden Erfahrungen heute nicht mehr berechtigt ist, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und chronischen organischen Rückenmarkskrankheiten a limine abzuweisen.

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Nukleogen.

Das Nukleogen enthält nach K. Ganz (Brünn) Arsen, Eisen und Phosphor in organischer Form gebunden und zeichnet sich durch seine hohe Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit aus. Durch seine gleichmäßige und genaue Dosierbarkeit hat das Nukleogen die Eigenschaften des Arsens, Eisens und Phosphors in sich vereinigt und entspricht somit allen Anforderungen, die man an ein gutes Roborans zu stellen vermag. Die Wirkung des Nukleogens beruht darin, daß es, wie Blutmessungen beweisen, den Hämoglobingehalt des Blutes zu erhöhen, die Zahl der roten Blutkörperchen zu vermehren, Fett anzusetzen und das Knochenwachstum zu unterstützen imstande ist. Da es den Magen nicht belästigt, vielmehr appetitanregend wirkt, kann es auch bei empfindlichem Magen und Verdauungsstörungen gereicht werden. Das Nukleogen ist deshalb indiziert bei allen Erschöpfungszuständen infolge herabgekommener Ernährung, bei Blutarmut, Bleichsucht, bei Lymphdrüsenerkrankungen, bei Tuberkulose, Rhachitis, Neurasthenie, in der Rekonvaleszenz als Nähr- und Kräftigungsmittel. Die Darreichung des Nukleogen (vom Laboratorium Dr. Rosenberg, Berlin) geschieht in Tablettenform oder als Injektion.

Die Versuche erstrecken sich auf verschiedene Krankheiten. Vf. ließ die Tabletten dreimal täglich je zwei Stück gewöhnlich nach den Mahlzeiten nehmen; in allen Fällen wurden die Tabletten ohne Widerwillen genommen und gut vertragen. Für Kinder beträgt die Dosis dreimal täglich je eine Tablette fein zerstoßen und eventuell mit Zuckermehl versetzt; auch bei Kindern stieß die Einnahme auf keinen Widerstand. Objektive Besserung und subjektives Wohlbefinden stellten sich einige Tage nach der Nukleogenmedikation ein; Hand in Hand mit der Besserung des hämatologischen Bildes war stets eine Zunahme des Körpergewichtes zu konstatieren, ohne daß dabei Verdauung und Defäkation litten. Die subjektiven Symptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen und dergleichen schwanden, die Kranken bekamen ein gesundes Aussehen und genasen bald. — (Allg. med. Zentral-Ztg., Nr. 38, 1906.)

Alypin und Novokain.

Novokain ist nach M. Ruprecht (Bremen) dem Alypin an Reizlosigkeit

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

überlegen. Es stellt in Verbindung mit Suprarenin für die Infiltrationsanästhesie ein nahezu ideales Anästhetikum dar. In der Kombination mit Suprarenin stellt das Alypin, was die anästhesierende Wirkung anlangt, einen vollwertigen Ersatz des reinen Kokains, sowohl wie des mit Suprarenin kombinierten Kokains dar. Es ist dem Kokain in einer Reihe von wichtigen Eigenschaften überlegen. Kokain ruft bei empfindlichen Individuen unter gewissen, noch nicht klar zu erkennenden Umständen sowohl heftige lokale, wie recht unangenehme allgemeine Nachwirkungen hervor (örtliche und allgemeine „Idiosynkrasie"). Die Kombination mit Suprarenin scheint das Eintreten lokaler Nachwirkungen (Kokainschnupfen) zu begünstigen. Alypin ist zwar nicht absolut frei von örtlichen unangenehmen Nachwirkungen, doch sind diese ganz bedeutend geringer als beim Kokain. Eine Alypinempfindlichkeit analog der Kokainempfindlichkeit, also als örtliche oder allgemeine „Idiosynkrasie", scheint nicht vorzukommen oder sehr selten zu sein.

Die Giftwirkung des Alypins beim Menschen ist so erheblich geringer als die des Kokains, daß eine solche auch bei Anwendung außergewöhnlich großer Dosen (bis 0·15 g pro dosi) niemals in irgend einer Form zur Beobachtung gekommen ist. Eine sensorische Giftwirkung nach Art des Kokainrausches gibt es beim Alypin nicht. Atonische Nachblutungen scheinen nach Operationen unter Alypin anästhesie weniger stark und seltener aufzutreten als nach Operationen unter Kokain anästhesie.

Die wässerigen Alypinlösungen und Alypinsuprareninlösungen lassen sich ohne Schädigung ihrer Wirkung 5—10 Minuten kochen. Kokainlösungen zersetzen sich beim Kochen und werden stark in ihrer Wirkung beeinträchtigt.

Wegen seiner Sterilisierbarkeit und Ungiftigkeit ist das Alypin auch zur Infiltrationsanästhesie in Ermangelung von Novokain dem Kokain vorzuziehen.

Der Preis des Alypins ist geringer als der des Kokains und nicht, wie bei diesem, von den Ernteerträgen des Rohstoffes abhängig.

Diesen Vorzügen vor dem Kokain gegenüber kommen einige unwesentliche Punkte, in welchen Alypin dem Kokain nachsteht, nicht ernstlich in Betracht. Diese sind:

Es erzeugt keine Kontraktion der Schwellkörper und der Gefäße, sondern eine leichte, oberflächliche Hyperämie. Es muß daher mit Suprarenin kombiniert werden, um seine volle anästhesierende Wirkung zu entfalten und um eine Kontraktion der Gefäße und kavernösen Körper zu bewirken. Doch entfaltet Alypin auch ohne Suprarenin eine wenn auch schwächere anästhesierende Wirkung und kann deswegen auch da angewandt werden, wo eine Anämie unerwünscht ist (Ohrpolypen, Rachengranula).

Die augenblickliche, aber sofort verschwindende Reizwirkung des Alypins auf die sensiblen Nerven der Nasenschleimhaut ist ein wenig stärker als die des Kokains, jedoch in so geringem Maße, daß dies seinem allgemeinen praktischen Gebrauch in keiner Weise im Wege steht.

Die Haltbarkeit der Alypinlösungen, sowohl der reinen wie der mit Zusatz von Suprareninlösung, ist der der entsprechenden Kokainlösungen mindestens gleichwertig. (Als Lösungsmittel wässerige Thymollösung 1 : 4000.) — (Monatsschr. f. Ohrenheilk., H. 6.)

Novorenal.

Novorenal werden gebrauchsfertige, sterilisierte Novokain-Adrenalinlösungen genannt, wie sie vornehmlich in der zahnärztlichen Praxis Anwendung finden. Sie kommen in nachstehender Zusammensetzung in zugeschmolzenen Ampullen in den Handel: Novorenal 0·25% zur Infiltrationsanästhesie und Anästhesierung dicker Gewebsschichten, enthaltend Novokain 0·0125, physiologische Kochsalzlösung 5·0, Adrenalin. mur. 0·00001625. — Novorenal 0·50% zur Infiltrationsanästhesie, enthaltend Novokain 0·025, physiol. Kochsalzlösung 5·0, Adrenalin. mur. 0·0000325. — Novorenal 1% zur zentralen Anästhesierung von Leitungsbahnen und größeren Nervenstämmen, so-

Digitized by Google

wie zur Dentinanästhesie, enthaltend Novokain 0·01, physiologische Kochsalzlösung 1·0, Adrenalin. mur. 0·00009. — Novorenal 2% zur zentralen Anästhesierung von Leitungsbahnen und größerer Nervenstämme, sowie zur Zahnextraktion, enthaltend Novokain 0·02, physiologische Kochsalzlösung 1·0, Adrenalin. mur. 0·00009. — Novorenal 5% zur Medullaranästhesie, enthaltend Novokain 0·10, Aq. dest. 2·0, Adrenalin. mur. 0·000216. (Fabrikant C. Fr. Hausmann A.-G. in St. Gallen, Schweiz.) — (Pharm. Ztg., Nr. 69, 1906.)

Santyl ist der neutrale Salizylester der Santalols. Theodor Sachs hat mit diesem neuen Präparat Versuche angestellt und berichtet kurz über 30 Fälle, welche nach dem Gebrauch von Oleum Santali oder Gonosan über Nebenwirkungen zu klagen hatten und denen er Santyl ohne jede Nebenwirkungen verabreichen konnte. Das Mittel hat sich ihm als ein gutes Adjuvans der lokalen Gonorrhöetherapie erwiesen, wie ja die Balsamika im allgemeinen nur als solche Adjuvantien zu betrachten sind. Auch therapeutisch scheint das Santyl gut zu wirken, wie ein Fall beweist, in dem Vf. nach vergeblicher Anwendung anderer Mittel mit dreimal täglicher Verabreichung von je 25 Tropfen Santyl Erfolg erzielte. — (Therap. Monatsh., Nr. 6, 1906.)

Lilienthal hat ebenfalls Versuche mit Santyl angestellt. Er gab das Mittel immer in Tropfenform, und zwar dreimal täglich nach dem Essen 20 Tropfen. Er hat es experimenti causa in einigen Fällen absichtlich vor der Mahlzeit nehmen lassen; sämtliche Patienten bestätigten die völlige Geruchlosigkeit und Geschmacklosigkeit, kein Patient klagte über Magendruck, Uebelkeit, Aufstoßen oder Erbrechen, Diarrhöe. Nierenreizungen hat Vf. nach dem Verordnen des Santyl nie beobachtet. Lilienthal bestätigt auch die günstigen therapeutischen Erfolge, die andere Kollegen mit Santyl erzielen konnten. Er hat unter 50 Fällen zunächst fünf weibliche Patienten mit akuter Gonorrhöe behandelt, bei denen die heftigen Schmerzen außerordentlich schnell nachließen. Unter den übrigen 45 Fällen befanden sich 18 Fälle von akuter Gonorrhoea anterior, 17 Fälle von anterior et posterior, 7 Fälle von Cystitis gonorrhoica und 3 Fälle von Prostatitis, sämtliche bei männlichen Patienten. Bei den Fällen von akuter anterior befanden sich zwei Fälle, wo außer Santyl keinerlei lokale Therapie erfolgte. Völlige Heilung. In allen übrigen Fällen diente Santyl nur als Adjuvans neben der lokalen Therapie. Dabei konstatierte Vf. in Uebereinstimmung mit den Angaben von Vieth und Ehrmann, daß das Brennen in der Harnröhre, die Schmerzen bei der Miktion, der Harndrang fast immer schnell nachließen. Die schmerzhaften Erektionen verschwanden in den meisten Fällen bald. In allen mit Santyl behandelten Fällen trat nicht ein einzigesmal Epididymitis auf.

Vf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Ergebnisse, daß das Santyl zwar die gleiche Heilwirkung besitzt wie die übrigen Santalpräparate, daß es aber ebenso wenig wie alle übrigen Balsamika ohne Lokalbehandlung als eigentliches Heilmittel gegen den Tripper zu betrachten ist. In all den Fällen, wo man aus äußeren Indikationen wegen hochgradiger Entzündungsformen oder stürmisch einsetzender Urethritis posterior von lokaler Behandlung absehen muß, hat Vf. von Santyl sehr gute Erfolge gesehen, ohne jemals die Nebenwirkungen zu beobachten, die bei den übrigen Balsamicis so häufig sind. Was die Dosierung betrifft, hat Vf. dreimal täglich 20 Tropfen auf 1 Eßlöffel Wasser nehmen lassen. — (Dermatol. Zeitschr., H. 7, 1906.)

Neue Mittel. (Fortsetzung)

Allylium sulfurat. (Allylsulfid.) Mittel gegen Lungentuberkulose und Lupus.

Aluminium boricotannicum und Aluminium boricotannicotartaricum, Cutol, findet Anwendung bei nässenden akuten Ekzemen, Brandwunden und Geschwüren.

Anagyrin. hydrobromic. crist. Alkaloid aus dem Samen der Anagyris foetida. Herzreizmittel.

Digitized by Google

Antiglucosine (Duodenal Mucous-Extrakt) ist eine dicke, hellbräunliche Flüssigkeit von schwachem Geruch. Sie ist das saure Extrakt der Schleimhaut des Zwölffingerdarmes und besitzt eine die Pankreasdrüse anregende Wirkung. Anwendung: Gegen Zuckerkrankheit. Gabe: 30 cm^3 dreimal täglich, später öfters. — (Pharm. Post, Nr. 22, 1906.)

Apocodeinhydrochlorid. Wird in Dosen von 0·02—0·06 g innerlich oder subkutan als Beruhigungs- und leichtes Abführmittel angewendet.

Argentum aceticum wird in 1%iger Lösung als Prophylaktikum gegen Blennorrhöe der Neugeborenen empfohlen.

Argentol. Eine Verbindung von Silber mit Oxychinolin, die als Antiseptikum empfohlen wird.

Betulol. Ein Salizylsäuremethylester haltiges Liniment, welches äußerlich gegen Gicht Anwendung findet.

Blenal. Santalol-Karbonat, chemisch gebunden an Kohlensäure. Antigonorrhoikum.

Bromotan ist ein Einwirkungsprodukt von Formaldehyd auf Bromtannin und Methylenharnstoff. Es ist ein lockeres, staubfreies, gelbbraunes, in Wasser unlösliches Pulver, das geruchlos und fast geschmacklos ist. Es wird hauptsächlich bei nässenden Ekzemen, die durch längeren Reiz von Wundsekret, Darminhalt, Galle etc. hervorgerufen werden, angewandt. Man verordnet zweckmäßig: Bromotan 10 g, Talci, Zinc. oxydat. ää. 45 g. Darsteller: Dr. Lauch und Dr. Voswinkel, Berlin W. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1906.)

Calcium hippuricum ist ein weißes, kristallinisches Pulver, von dem sich 1 Teil in 27 Teile Wasser löst. Anwendung: Als harntreibendes und gelenkentzündungswidriges Mittel. Gabe: 0·3 bis 1·2 g. — (Pharm. Post, Nr. 22, 1906.)

Chininum arrhenalicum ist Chinin-Monomethylarseniat. Es bildet farblose, sehr bitter schmeckende Kristalle, die bei 139—141° schmelzen und sich in kaltem Wasser sehr schwer, leichter in heißem lösen. Tagesgabe: 0·6 bis 0·8 g.

Chininurethan. Eine Mischung von Urethan mit Chinin mur., soll zu subkutanen Injektionen Anwendung finden.

Chinopyrin. Mit Antipyrin dargestellte, hochkonzentrierte Chininlösung.

Citrocoll ist das neutrale zitronensaure Amidoacet-para-Phenetidin; es löst sich leicht in Wasser und vereinigt die Wirkungen seiner Komponenten. Es wird als unschädliches Antifebrile, Antirheumatikum, Nervinum und Migränemittel empfohlen. Dosis: 4—6 g pro die, bei Kindern 2—4 g.

Coffeïnjodol. Hellgraues, geruch- und geschmackloses kristallinisches Pulver; als Ersatz für Jod und Jodoform gebraucht.

Colalin ist Cholsäure und wird durch Hydrolyse von Glykochol- oder Taurocholsäure mittels Säuren oder Alkalien gewonnen. Anwendung: Als gallentreibendes Mittel in Gaben von 0·03 g in Form von überzuckerten Tabletten. — (Pharm. Post, Nr. 26, 1906.)

Estoral ist Borsäure-Mentholester und bildet ein weißes, geschmackloses, kristallinisches Pulver, das nur schwach nach Menthol riecht. In trockenem Zustande ist es beständig, während es sich in Lösung und in Berührung mit den Schleimhäuten ziemlich rasch in seine Bestandteile spaltet. Das Mittel ist ungiftig und besitzt nur die Unannehmlichkeit, daß es am Naseneingang manchmal Brennen verursacht, besonders wenn dieser entzündet ist. Daher empfiehlt es sich, das Pulver entweder mittels eines Glasröhrchens in die Nase einzuziehen oder mit der gleichen Menge Milchzucker vermischt anzuwenden. Es wird bei chronischen Katarrhen der Nase mit gutem Erfolge angewendet. Darsteller: Zimmer & Co., Frankfurt a. M. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.)

Eucathymin enthält die wirksamen Bestandteile von Thymus vulgaris, Thymus Serpyllum und Eucalyptus globulus in konzentrierter Form. Anwendung: Gegen Keuchhusten.

Ferro-Guaja-Cinnamyl-Pillen und -Pulver enthalten Natr. cinnamylicum, Natrium orthosulfoguajacoli-

Digitized by Google

cum und Ferrum carbonicum saccharatum. Sie werden bei Tuberkulose angewendet.

Ferrum picricum. De Wer hat sehr günstige Wirkungen von Ferrum picricum bei Prostatahypertrophie und den durch sie bewirkten Urinbeschwerden beobachtet.

Formurol, zitronensaures Hexamethylentetramin-Natrium, bildet ein weißes, kristallinisches, in Wasser leicht lösliches Pulver von angenehmem Geschmack, welches die Wirkungen des Urotropins mit denen der Alkalizitrate vereinigt. Es wird in Dosen von 1 g 2—5mal täglich bei Gicht, Nierenentzündung und Entzündungen der Harnwege, sowie gegen Phosphaturie und Harnsteine empfohlen. — (Pharm. Ztg., Nr. 73, 1906.)

Galloformin. Dargestellt aus Gallussäure und Hexamethylentetramin, als Formaldehyd abspaltendes Mittel empfohlen.

Geosot ist Guajacolum valerianicum. Gegen Lungentuberkulose. (Schluß folgt.)

b) Neuere Magen-, Darm-, Nähr- und Kräftigungsmittel. (Fortsetzung.)

Aluminiumkaseïnat stellt ein gelblich-weißes, geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver mit 5% Aluminiumgehalt dar, welches innerlich als Adstringens bei Darmkatarrh angewendet wird, ohne Dyspepsie hervorzurufen. Gabe: 0·25—0·3 g mehrmals täglich. — (Pharm. Ztg., Nr. 69, 1906.)

Antichlorotin sind angeblich Hämoglobinpillen mit Schwefel und Magnesia. Anwendung: Gegen Bleichsucht.

Arteriose ist ein alkoholfreier Eisen-Mangan-Albuminat-Liquor mit 4% Eisen und 1% Mangan, der auch mit Jod und Brom geliefert wird. Fabrikant: Sicco, Berlin.

Curbitinschokolade ist ein Wurmmittel, bestehend aus einer Mischung von Kürbiskörnerpulver und Schokolade.

Eutonixin ist ein aromatisiertes Fluidextrakt aus Kondurangorinde, Chinarinde, Enzianwurzel, Pommeranzenschale und Rhabarber, in dem 1% leicht verdauliches Eisen, 0·1% Mangan und Pepton gelöst sind. Gabe: 3mal täglich 20—30 Tropfen.

Fer-Protylin wird das Eisen-Protylin der Firma Hoffmann, La Roche & Cie. in Basel genannt. Es ist ein gelblich-weißes, geruch- und geschmackloses Pulver, welches sich in alkalischen Flüssigkeiten löst und 2·6% Phosphor neben 2·3% Eisen in organischer Verbindung mit Eiweiß enthält.

Hämatopan ist ein von A. Wolff empfohlenes, leicht verdauliches, trockenes, etwa 40% Malzextrakt enthaltendes Hämoglobinpräparat. Es bildet rubinrote, in Wasser leicht lösliche Lamellen von angenehmem Geruch und Geschmack.

Horlicks Malzmilch enthält in Pulverform die nährenden Bestandteile frischer Kuhmilch im Verein mit denen des Weizen- und Gerstenmalzes. Durch einfaches Mischen mit Wasser erhält man einen Ersatz der Muttermilch. Als Bestandteile werden angegeben: 50 Teile reine, pasteurisierte Kuhmilch, 26·25 Teile Weizenkleber, 23 Teile Gerstenmalz und 0·75 Teile Bikarbonate von Natrium und Kalium. Das Präparat kann auch trocken, auf Butterbrot oder mit Haferbrei genossen werden. Darsteller: Horlicks Malzmilch Co. in Halle a. S. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1906.)

Irosyl sind gegen Anämie und ihre Folgezustände empfohlene Pillen und bestehen aus Ferrid-Natrium-pyrophosphoricum, Kalium bromatum und Chininum bromatum.

Kalksaft „Orgas" und Eisenschokolade „Orgas". Der Kalksaft „Orgas" ist ein zuckerhaltiger Saft aus Feigen und ähnlichen kalkreichen Früchten, der bei Rhachitis etc. Verwendung finden soll. Eisenschokolade „Orgas" in Pastillenform enthält ein Präparat aus Brennesseln, die ebenso eisenhältig sind wie Spinat. Sie soll bei Anämie gebraucht werden. Darsteller: Ebert & Meinke in Bremen. — (Pharm. Post, Nr. 26, 1906.)

Kamakosin (Remmler) ist ein Bandwurmmittel aus Kamala und Kreosin.

Séribéli. Ein aus dem getrockneten und gepulverten Samen von Connarus

Digitized by Google

africanus bestehendes Bandwurmmittel.

Liquor Sanguinalis Krewel ist glyzerinfrei, enthält Spuren von Alkohol und besteht aus 95 Teilen flüssigem Hämoglobin, 2·5 Teilen natürlichen Blutsalzen, 2·5% peptonisiertem Muskeleiweiß, Spuren von Mangan. Derselbe wird auch mit Malzextrakt als Liquor Sanguinalis maltosus oder Maltin-Sanguinal, mit Lezithin, bezw. Vanadiumpentoxyd von der Chem. Fabrik Krewel & Co. in Köln in den Handel gebracht und hat sich bestens bewährt. — (Pharm. Post Nr. 18, 1906.)

Nerviton (Syrupus Ferro-Calcio-Bromo - Natrio - Glyzerino-phosphoricus) enthält organisches Eisen, Brom, Kalksalze und glyzerinphosphorsaures Natrium. Tagesgabe: Für Erwachsene 3 Eßlöffel, für Kinder 3 Kaffeelöffel mit etwas Mineralwasser verdünnt.

Proferrin ist ein Eisennukleoproteïd. Es stellt ein rötlich-braunes Pulver dar, das in Wasser und sauren Lösungen unlöslich ist und 10% Eisen neben 1% organisch gebundenem Phosphor enthält. Gabe: 0·3 g 3mal täglich. — (Pharm. Post, Nr. 18, 1906.)

Purglets sind Abführtabletten, die pro dosi 0·1 g Dihydroxyphtalophenon (Phenolpthalein) enthalten. (Fabrikant: Sicco, G. m. b. H. in Berlin W.)

Robeferrol „Rumpelt" ist ein haltbares aromatisches Eisen-Mangan-Pepton-Elixier. Darsteller: Apoth. Rosenberger in Misdroy a. d. Ostsee.

Torosan ist ein Guajakol enthaltendes Blutpräparat, welches nach J. Winterberg sich zur inneren Darreichung bei Tuberkulose empfiehlt. Es stellt ein braun-schwarzes Pulver dar, welches in Wasser und den gebräuchlichen Lösungsmitteln vollständig unlöslich ist, einen unangenehmen bitterlichen Geschmack besitzt und einen an Kreosot erinnernden Geruch verbreitet. Es passiert den Magen unzersetzt und wird erst im alkalischen Darmsaft gelöst und resorbiert. Man gibt davon täglich 5—15 g. Das Tonosan gelangt auch in Form von Pillen mit 0·1 g und 0·25 g in den Handel. Fabrikant: Dietrich & Cie. in Zürich. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.) (Schluß folgt.)

c) Neue Mittel für äußerlichen Gebrauch.

Adipatum. Eine Salbengrundlage amerikanischer Herkunft, welche aus 35 Teilen Lanolin. anhydric., 53 Teilen Vaselin. flav., 7 Teilen Parafin. alb. und 5 Teilen Wasser besteht.

Alcohol-Cellit ist fester 60%iger Spiritus zur Darstellung von Alkoholdauerverbänden.

Anytin und Anytole. Dem Ichthyol ähnliche, fast geruchlose Arzneimittelträger.

Laryline heißt ein Keuchhustenpflaster der Firma P. Beiersdorf & Co. in Hamburg genannt.

Eusulfin-Seife gibt beim Gebrauch wirksamen Schwefelwasserstoff ab und findet Anwendung bei schuppenden Hautleiden, Akne und Pigmentanomalien.

Fischers hygienische Seife. Zusammensetzung: Aus Süßwasserkalk der sedimentären Formation hergestellte Seife.

Formysol. Zusammensetzung: Glyzerinkaliseife, welche 10%, resp. 25% Formaldehydlösung (40%ig) enthält. Klare, gelbliche Flüssigkeit. Anwendung: Als Wundantiseptikum wie zur Desinfektion von Händen und Instrumenten. — (Riedels Ber.)

Gelanthum. Besteht aus Gelatine, Traganth, Glyzerin und Wasser und dient als Salbengrundlage.

Gelone und Tegone sind Pflasterpräparate, über welche Bauer in der Gesellschaft der Aerzte in Wien berichtete. Erstere sind Glyzerinleime, welchen die verschiedensten medikamentösen Substanzen inkorporiert werden können; sie kleben beim Befeuchten mit Wasser und schmiegen sich der zu deckenden Oberfläche fest an. Bei letzteren dient Agar als Medikamententräger.

Gytje ist ein Meeressediment, das sich in mehreren norwegischen Fjorden findet und hauptsächlich aus Mineralien, organischem Detritus und Kieselalgen besteht. Anwendung: Als Umschlag, Massagemittel und Schwefelgytjebad statt Schlammbädern. — (Pharm. Post, Nr. 22, 1906.)

Keraminseife nach Unna ist eine Natron-Kaliseife und enthält als Me-

Digitized by Google

dikament Perubalsam, als Geruchskorrigens Nelkenöl und Zimtöl, letzteres in erheblicher Menge. Nach Unna verbindet die Keraminseife mit einer starken Seifenwirkung durch ihren Kaligehalt eine für die Ekzembehandlung sehr willkommene eintrocknende Puderwirkung und eine juckstillende, desodorisierende und desinfizierende Wirkung durch ihren Gehalt an ätherischen Oelen.

Neodermin heißt eine Salbe aus 85 Teilen Lanolin, 10 Teilen Petrolatum (Vaselin), 4 Teilen Difluordiphenyl und 1 Teil Fluorpseudokumol, die Anwendung bei Geschwüren, Wunden etc. findet.

2. Behandlungsmethoden.

Medikamentöse Behandlung der Dupuytrenschen Kontraktur.

Ueber einen erfolgreichen Fall medikamentöser Behandlung der Dupuytrenschen Kontraktur berichtet S. Jellinek (Krankenhaus Wieden). Es handelte sich um einen 64jährigen Maschinisten mit beiderseitiger Palmarfaszienschrumpfung. Links stärker als rechts. Die Therapie, welcher nur die linke Hand unterzogen wurde, war eine ausschließlich lokale. Es wurden zunächst in kleineren, später in größeren Intervallen Injektionen einer 15%igen alkoholischen Thiosinaminlösung, und zwar direkt in die kranke Palmarfaszie appliziert; zu den Einstichstellen wurden die verhärteten Knoten und Stränge gewählt. Die Stellen wurden vorher entweder durch Chloräthyl oder durch Kokaininjektion anästhesiert, da die Injektionen im allgemeinen schmerzhaft waren. Injiziert wurden zwei bis drei, höchstens fünf Teilstriche einer Pravaz-Spritze.

Die medikamentöse Behandlung schien von vornherein aussichtsvoll, weil der Mann wahrscheinlich nur durch seinen Beruf sich die Erkrankung zugezogen hatte. Das Präparat wurde anstandslos vertragen, die Kontraktur vollkommen geheilt. Der Prozeß an der rechten Hand, welcher nicht behandelt wurde, blieb unbeeinflußt. Die Behandlung dauerte zirka ein Jahr. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 28, 1906.)

Ueber die Wirkung des Orexin bei Salzsäuremangel im Magensaft.

Ueber die Wirkung des Orexin bei Salzsäuremangel im Magensaft hat Georg Beyerhans im Auftrag von Penzoldt Untersuchungen angestellt, welche ergaben, daß das Orexin. tannic. in Dosen von zweimal täglich 0·5 g einen außerordentlich günstigen Einfluß auf die ganz oder teilweise darniederliegende Salzsäureabscheidung ausübt. Bei Hyperazidität und Ulcus ventriculi ist das Mittel kontraindiziert. — (Diss. Erlangen, 1905.)

Magnesiumsuperoxyd ist nach Lautaret indiziert bei Magen- und Darmaffektionen, welche im Gefolge pathologischer Fermentation auftreten, bei Darmblutungen, bei Anämie, bei Mund-, Nasen-, Rachenkrankheiten. Handelt es sich um Magenleiden, so kommt das Präparat in Pulvern von 0·25—0·5 g zur Anwendung; bei Diarrhöe und Darmblutung gibt man 0·15—0·25 g. Zur Auswaschung des Magens und Darmes wird eine Lösung von 2·25 g in 1 l Wasser angewendet. Der Effekt erklärt sich durch die Wirkung des Sauerstoffes in statu nascendi. Nebenwirkungen fehlen. — (Thèse de Paris, 1905.)

Ueber ein neues Antipyretikum und Antineuralgikum und seine Wirkung als Antidrotikum, das **Kephaldol**, berichtet H. Fritsch in einer Arbeit aus der 3. med. Abt. d. k. k. Krankenh. in Wien (Prof. Ortner).

Kephaldol stellt ein gelblichweißes, in Wasser schwer, in Alkohol verhältnismäßig leicht lösliches, schwach bitter schmeckendes Pulver dar und ist seiner chemischen Zusammensetzung nach ein Reaktionsprodukt, entstanden durch Einwirkung von Zitronensäure und Salizylsäure auf Phenetidine. Verordnet wird Kephaldol am besten in Oblatenkapseln oder als Mixtur mit größerem Sirupzusatz. Die auf der Abteilung verwendeten Maximaldosen waren pro die 5·0, pro dos. 2·0. Nie wurden hiebei störende oder bedrohliche Symptome irgend welcher Art wahrgenommen; auch Gaben von 4—4·5 pro die wurden selbst von sehr herabgekom-

Digitized by Google

menen, kachektischen Personen anstandslos vertragen. Die gewöhnliche Einzeldosis war 1·0, und zwar in Oblatenkapseln zu 0·5, da diese lieber genommen wurden.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Vf. zu folgenden Schlüssen:

1. Kephaldol ist ein mildes, aber prompt wirkendes Antipyretikum, das, selbst in den größten Gaben gereicht, nie nachteilige Symptome zu konstatieren Gelegenheit bot.

2. Als Antineuralgikum hat sich Kephaldol in allen Fällen von echten Neuralgien trefflich bewährt.

3. Für die sichere anthidrotische Wirkung des neuen Präparats spricht eine Reihe von Beobachtungen und Versuchen. Die Frage nach einer Erklärung dieses Verhaltens muß aber bisher als noch offen betrachtet werden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 33, 1906.)

Zur Behandlung von Kopfschmerzen empfiehlt v. Boltenstern die bekannten Migränetabletten (Fuchs). Diese werden in zwei Formen gefertigt, welche sich durch ihren Gehalt an wirksamen Bestandteilen unterscheiden. Die stärkere Form (in roter Packung) besteht aus Phenazetin 0·5, Koffein 0·06, Kodein 0·02 und Guarana 0·2; die schwächere (in grüner Packung) aus der Hälfte der angegebenen Dosierung. Die Wirkung der Tabletten war vollkommen befriedigend. In relativ kurzer Zeit ließ sich ein sichtbarer Erfolg erzielen, besonders wenn die Tabletten alsbald nach dem Einsetzen der Beschwerden gereicht wurden. Ihr angenehmer Geschmack erleichtert das Einnehmen bei empfindlichen Personen. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 17, 1906.)

Die kombinierte (TC-Selenin-) Tuberkulosebehandlung.

Nach Ed. Klebs sind zu dieser Behandlung folgende Präparate erforderlich:

1. Tuberculocidin (Te-Ce) oder TC. Bip, d. h. mit Natrium-Wismut-Jodid bereitet aus Tuberkelbazillenkulturen. TC ist vollkommen toxinfrei, dagegen hochgradig bakterizid. Es wird in 1- und 2%iger Lösung geliefert oder in Tabletten zu 0·5 g.

2. Tuberkel-Protein stellt den löslichen Inhalt der Tuberkelbazillen dar und wirkt vorzugsweise immunisierend. Es wird mittels Wasserstoffsuperoxyd aus Tuberkelbazillen hergestellt und als T.-P. Hpp. ausgegeben.

3. Selenin Hpp., gewonnen aus Kulturen des Diplococcus semilunaris mit Wasserstoffsuperoxyd. — (Pharm. Post Nr. 20, 1906.)

Toff hat **Cerolinpillen** (für Erwachsene) und **Cerolin-Milchzuckertabletten** (für Kinder) mit bestem Erfolg bei Akne und Follikulitis verordnet. Auch bei Furunkulose und bei verschiedenen gynäkologischen Affektionen fand er diese Art der Hefedarreichung wertvoll. — (Med. Klinik Nr. 29, 1906.)

Dermatitiden oder Ekzeme.

Erfordern Dermatitiden oder Ekzeme unbedeckter Körperstellen die Applikation einer Paste auch während des Tages, so kann der Lassarschen Pasta salicylica, ohne deren antiphlogistische, austrocknende und mitigierende Wirkung zu beeinträchtigen, durch geeignete Zusätze ein der normalen Haut gleichendes Kolorit gegeben werden. Als solche sind Bolus rubra (eine eisenoxydhaltige Tonerde) und Safran verwendbar. Es wäre zu verordnen:

	Bol. rubr.	0·8
	Past. salicyl.	20 (rosa)
bezw.	Bol. rubr.	0·8
	Safran	0·2
	Past. salicyl.	20 (blaß).

Auch die ohne Fett hergestellte Paste aus

Zinc. oxydat. pur. Talc. praeparat. Glycerin Aq. Rosar.	āā pt. aequal.

die da ihre Indikation findet, wo Salben oder Fette nicht vertragen werden, kann durch Kombination mit Bolus rubra, bezw. Bolus + Safran hautfarben gemacht werden. Hiebei ist die Hälfte des vorhin genannten Zusatzquantums genügend. Auch die zur Fixierung der Pasten oder auch für sich allein verwandten Puder, speziell das viel verwertete Talkum, können durch

Digitized by Google

Zumischung von 4% Bolus rubra, bezw. Bolus r. 4%, Safran 1% teintähnliches Kolorit erhalten. — (Th. Mayer in Derm. Zeitschr. Nr. 3, 1906.)

Verordnung der Brompräparate.

Die Verordnung der Brompräparate an Nervenkranke geschieht vielfach ohne Berücksichtigung des Allgemeinzustandes der Patienten, und so kann es vorkommen, daß in zahlreichen Fällen die Bromtherapie den Patienten mehr schadet als nützt. Nach Hartenberg sind bei der Verordnung der Brompräparate folgende Rücksichten maßgebend: Die wichtigste Gegenanzeige für die Bromtherapie fußt auf die deprimierende Wirkung des Broms auf den Gesamtstoffwechsel und auf das Nervensystem und man muß sich hüten, einem Kranken Brom zu verordnen, der Zeichen allgemeiner Ernährungsstörungen darbietet. In Wirklichkeit sind aber eine große Anzahl funktioneller Neurosen, unter anderem zahlreiche Fälle von Neurasthenie und Hysterie nichts anderes als der Ausdruck eines mangelhaften allgemeinen Ernährungszustandes. Wenn diese Patienten auch zuweilen Erregungserscheinungen darbieten, so sind das nur kurzdauernde Zustände, bei welchen der ganze Vorrat an nervöser Energie aufgebraucht wird; im Grunde handelt es sich doch um allgemeine und nervöse Erschöpfung. Sobald der Patient Zeichen von Ermüdung, rasch eintretender Erschöpfung, Hypotonie der Muskeln, Herabsetzung der Gefäßspannung, Unfähigkeit einer anhaltenden Aufmerksamkeit u. s. w. zeigt, so sind Brompräparate direkt kontraindiziert und an ihrer Stelle sind Tonika und eine roborierende Behandlung zu verordnen.

Auf der anderen Seite gibt es Fälle mit Erregungserscheinungen, aber ohne Störung des allgemeinen Ernährungszustandes, bei welchen die Brompräparate angezeigt sind und ausgezeichnete Dienste leisten. Hieher gehört die große Klasse von Nervenkranken mit habitueller guter Gesundheit, aber Neigung zu periodischer nervöser Ueberreizung, bei welchen eine gemütliche Aufregung genügt, um einen Anfall von Nervosität mit allgemeiner Aufregung, Schlaflosigkeit, Palpitationen u. s. w. aufzulösen. In diesen Fällen bewährt sich die Bromtherapie vorzüglich und nach wenigen Tagen sind die Kranken wieder hergestellt. Ebenso erscheint Brom indiziert bei den Nervösen mit Angstzuständen; auch bei solchen mit Tics, Spasmen, Krämpfen, motorischen Impulsen, bei welchen es durch Herabsetzung der Reflexerregbarkeit stets eine Besserung und zuweilen Heilung herbeiführt. Bei Epilepsie bleibt Brom stets das heroische Mittel, namentlich wenn man seine Wirkung durch eine Dechlorurierungskur unterstützt. — (Korr.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 14, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Dyspepsie.

Rp. Benzonaphthol. } āā 0·15
Bismuth. salicyl. }
Natrii bicarbonic. 0·2
M. f. p. D. tal. dos. Nr. VI.
D. S. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen. — (Ewald, Comby).

Rhinitis hypertrophica.

Rp. Cocain. hydrochl. 0·15
Camphor. } āā 10·0
Alumin. }
Mentholi 5·0
Sacch. lact. 10·0
M. D. S. Schnupfpulver. — (Maraval.)

Tuberkulöse Drüsenschwellungen im Kindesalter.

Rp. Alcohol. camphorat. 100·0
Aq. plumb. 200·0
oder
Rp. Natr. chlorat. 30·0
Aq. dest. 1000·0
oder
Rp. Tinct. jodi 1·0
Magnes. sulf. 15·0
Natr. chlorat. 40·0
Aq. dest. 150·0

Hiemit werden feuchtwarme Verbände gemacht, die tagsüber alle drei Stunden gewechselt werden. Nachts werden die Drüsen mit Quecksilberpflaster oder folgender Salbe bedeckt:

Rp. Ammon. carbonic. 5·0
Camphor. 1·0
Axung. 25·0

Digitized by Google

Adstringens.

1. Rp. Tannigen. } āā 0·5
Sacch. lactis. }
M. D. tal. dos. Nr. X.
S. Am ersten Tage zwei- bis dreimal je eineinhalb bis zwei Pulver, an den folgenden Tagen vier- bis sechsmal je ein Pulver, in einem Löffel Wasser verrührt, zu nehmen. (Für Erwachsene.)

2. Rp. Tannigen. 0·1—(0·15)
Pulv. gummos. 0·3
M. d. t. dos. X.
S. Am ersten Tage je zwei, darauf vier- bis sechsmal täglich je ein Pulver, in etwas Wasser verrührt, zu geben. (Für Säuglinge.)

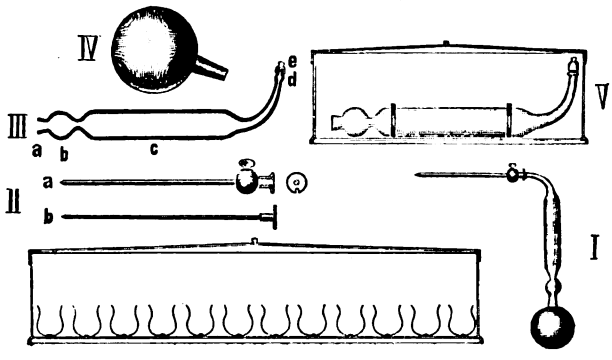
Tuberkulöse und syphilitische Kehlkopfgeschwüre.

Rp. Menthol. 1·0—5·0—10·0—15·0
Ol. amygd. dulc. 30·0
Vitell. ovor.
oder Mucilag. gumm. arab. 25·0
Anästhesin. Ritsert 12·0
Aq. dest. ad 100·0
M. f. emulsio.
D. S. Zum Einspritzen in den Kehlkopf.

4. Varia.

Ein neues Instrumentarium für Lumbalanästhesie beschreibt B. R. v. Arlt (Graz) in der Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1006.

In einer gut verschließbaren Nickelkassette befinden sich in federnden Klammern gehalten zehn Phiolen. (Fig. III.) Dieselben sind aus Glas geblasen und bestehen aus einem zylindrischen Teile c, zur Aufnahme des Tropakokains bestimmt, einem konischen gebogenen Ansatzteil, der mit einer mattgeschliffenen Spitze d endigt. Darauf paßt ein Metalldeckel e. Am anderen Ende ist durch eine Verjüngung des Rohres eine Hohlkugel b abgegrenzt, welche in ein trichterförmiges Mundstück a übergeht. Die Phiole paßt an die mit Hahn versehene Nadel (Fig. IIa), mit Mandrin b. Die Nadel ist 10 cm lang, mit Zentimetermarken versehen. Der Schliff der Spitze ist kurz und hohl (Dönitz). An das konische Mundstück (Fig. IIIa) paßt das konische Ansatzröhrchen des Ballons (Fig. IV). — Fig. I zeigt die zur Injektion zusammengefügte Spritze, bestehend aus Hohlnadel, Phiole und Gummiballon (Fig. IIa, IIIa, b, c, d, IV).



Gebrauchsanweisung:

1. Füllung des Apparats. In die gut gereinigten, mit Aetheralkohol durchgespülten und im Trockenschrank getrockneten Phiolen, auf deren Spitze (Fig. IIId) der Deckel e gesetzt ist, fülle man vom Mundstück a aus 7 (5) cg Tropakokain (bezw. ein anderes Anästhetikum). Die Hohlkugel (Fig. IIIb) wird mit Watte leicht ausgestopft. Die so beschickten Phiolen werden in die Klammern der Kassette eingelegt.

2. Sterilisierung. Diese soll in einem guten Thermostaten bei 120° C. durch 30 bis 60 Minuten geschehen.

Die Injektionsnadel wird mit den zur betreffenden Operation benötigten Instrumenten ausgekocht. Ebenso der Gummiballon.

3. Technik der Lumbalanästhesie bei Anwendung des Instrumentariums: Patient mit gebeugtem Rücken sitzend oder liegend. Desinfektion der Haut. Anästhesierung der Punktionsstelle knapp neben oder in der Mittellinie zwischen 2.—3.—4. oder auch 1.—2. Lendenwirbel. $^1/_3$—$^1/_2$ cm lange Inzision. Dann führe man die Lumbalpunktion aus. Die Nadel wird bis zum vierten bis dritten Teilstrich eingeschoben. Entfernung des Mandrins. Sobald man an dem Ausfließen des Liquor cerebrospinalis erkennt, daß die Nadel im Duralsack eingedrungen

Digitized by Google

ist, schließt man den Hahn. Der Operateur oder Instrumentarius entnimmt nun der geöffneten Kassette eine Phiole, konzentriert durch leichtes Klopfen das etwa an der Wand verstreut anhaftende Pulver gegen den konischen Ansatzteil und setzt nach Entfernung des Metalldeckels die Phiole an die Nadel an und öffnet den Hahn.

Das Tropakokain löst sich nun sehr rasch in dem eindringenden Liquor cerebrospinalis, was durch öfteres Oeffnen und Schließen des Hahnes und Hin- und Herneigen der Phiole noch beschleunigt werden kann. 3—4 cm^3 (d. i. die halbe Füllung des zylindrischen Teiles, Fig. IIIc) genügen vollauf zur Lösung. Bei geringer Menge von Liquor braucht die Lösung längere Zeit. Sobald genügend Flüssigkeit eingeströmt ist, schließe man den Hahn und warte, bis keine ungelösten Körnchen des Tropakokains mehr vorhanden sind. Dann setze man den Gummiballon an — wie Fig. I zeigt — und öffne den Hahn der Nadel. Durch leichtes Zusammendrücken des Ballons injiziert man nun langsam die Lösung, die andere Hand am Hahn, um vor Abfluß der letzten Tropfen denselben schnell zu schließen, wodurch leicht und sicher das Eindringen von Luft in den Duralraum vermieden wird. Herausziehen der Nadel. Pflasterverband.[1])

Als besondere Vorteile des Instrumentariums hebt Vf. hervor:

1. Das verwendete Tropakokain wird in demselben Gefäß, in dem es sterilisiert und aufbewahrt wurde, gelöst, kommt daher mit keinem anderen Körper in Berührung. Dadurch wird die Keimfreiheit des Präparats gesichert, Schädigung desselben durch Hinzutreten von Sodalösung u. dgl. vermieden und verhindert, daß von den Händen oder Instrumenten Lysol- oder Sublimatlösung hineintropft.

2. Der Verlust an Liquor cerebrospinalis und Tropakokainlösung ist fast Null.

3. Sehr rasche und einfache Ausführung.

4. Ist die Möglichkeit geboten, ohne große Schwierigkeiten und ohne Gefahr für die Asepsis die Lumbalinjektion auch außerhalb der Anstalt auszuführen.

5. Der Operateur kann die Anästhesierung ohne jede Assistenz ausführen, da alles, was er in die Hand zu nehmen hat, sterilisiert ist. Dabei ist vorausgesetzt, daß die Phiolen mit reinem Instrument bezw. reiner Hand herausgenommen und die Kassette geschlossen aufbewahrt wird. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1906.)

[1]) Das Instrumentarium wird von der Firma Kahneman, Berlin N., in den Handel gebracht

Bücher-Anzeigen.*)

Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Von Prof. Dr. A. Onodi und Prof. Dr. A. Rosenberg. Berlin 1906. Verlag von Oskar Coblentz. 468 Seiten. 209 Abbildungen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß die jungen Aerzte, die sich eingehender mit der Rhinologie befassen, sich wohl in untersuchungstechnischer und diagnostischer, weniger aber in therapeutischer Hinsicht vollkommen ausbilden können, zumal ja die Therapie in dieser Spezialdisziplin noch vielfachem raschen Wechsel unterworfen ist, der den Anfänger verwirren muß. Das vorliegende Buch der beiden rühmlichst bekannten Fachmänner ist dazu bestimmt, diese Lücke auszufüllen, dem angehenden Spezialisten einen festen Halt zu geben. Es werden alle bekannten Methoden erwähnt, aber auf Grund eigener reicher Erfahrungen kritisch gesichtet. In der operativen Therapie wird ein gemäßigt konservativer Standpunkt eingenommen, der gegenüber den immer neu auftauchenden Bestrebungen, die radikalen Methoden der großen Chirurgie in die Rhinologie einzuführen, geradezu wohltuend berührt. Dabei behalten die Verfasser den Zusammenhang der Rhinologie mit der Gesamtmedizin, der ja so wichtig ist, aber von vielen Spezialisten leider schon bei ihrer Ausbildung arg vernachlässigt wird, immerfort im Auge und dokumentieren dies gleich am Anfang durch ein Kapitel über die — Hygiene des Kindesalters.

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

Im allgemeinen Teile werden die verschiedenen Behandlungsmethoden bis zu den neuesten (Lichttherapie, Paraffinplastik) ausführlich und kritisch abgehandelt. Im speziellen Teile sehen wir manche anderwärts vernachlässigten Partien, wie die Krankheiten des Naseneinganges und die Verletzungen der äußeren Nase, vollständig behandelt. Besonders klar und den Anfänger vollkommen orientierend finden wir den Abschnitt über die Erkrankungen der Nebenhöhlen, die ja seit zwei Jahrzehnten im Mittelpunkte des rhinologischen Interesses stehen. Das Kapitel über die nasalen Reflexneurosen ist dagegen relativ kurz ausgefallen.

Gegenüber den vielen Vorzügen des Buches sind die unvermeidlichen kleinen Irrtümer und Widersprüche nur nebenbei zu erwähnen. Auf Seite 41 wird die Webersche Dusche als Irrigator bezeichnet, in Wirklichkeit ist sie aber ein auf dem Prinzip des Selbsthebers beruhender Schlauchapparat. Bei Besprechung der Bellocschen Tamponade wird auf Seite 110 die Verknüpfung beider Fäden über der Oberlippe empfohlen, auf Seite 226 aber verworfen und die Führung beider Fäden durch die Nase empfohlen. Diese ungleich bessere Methode, wie sie dort beschrieben wird, findet sich schon in der Chirurgie von König 1881 angegeben und ist vielleicht noch älter. Ref. läßt aber noch einen dritten kurzen Faden einfach in den Rachen hängen; dieser kann, mit einer Sperrpinzette gefaßt, bei Entfernung des Tampons sehr gute Dienste leisten. Während der Nasendusche soll (Seite 42) die Zunge herausgestreckt werden, was aber auf die Dauer sehr ermüdend ist; viel einfacher und sicherer ist es, mit wiederholtem pf zu exspirieren oder (nach Ref.) mit ch zu atmen. Der Verwerfung der Selbstausspülung der Stirnhöhle seitens der Kranken (Seite 300) kann Ref. nicht beipflichten; eine Reihe seiner Patienten hat dieselbe mit bestem Erfolge durchgeführt. Natürlich ist die Auswahl der Fälle eine viel beschränktere, als bei der Kieferhöhle, die Behandlung aber nach vorausgegangenem Unterricht gewiß vollkommen gefahrlos.

Ein Wort wäre noch über die Abbildungen zu sagen. Die anatomischen, fast ausschließlich aus Onodi's trefflichem Atlas stammend, sind außerordentlich belehrend, viele sogar ganz neu, d. h. in anderen Büchern in dieser Art noch nicht vorhanden. (Eine Ausnahme macht bloß die mehrfach unrichtige Fig. 93 a, Seite 194). Die Abbildungen der Instrumente jedoch sind zwar sehr gut, aber nach unserer Meinung — überflüssig. Es gibt jetzt so viele vorzüglich ausgeführte Instrumentenkataloge, sogar laryngo-rhinologische Spezialkataloge, die sich jeder Student mit Leichtigkeit gratis verschaffen kann, daß es uns wirklich nicht nötig erscheint, den Raum des Buches und implizite auch seinen, übrigens mäßigen Preis durch nicht weniger als 136 Abbildungen von Instrumenten und Apparaten (darunter von Batterien, Elektromotoren, Transformatoren etc., aus denen man keinesfalls etwas lernen kann) zu vergrößern. In der zweiten Auflage würden wir alle diese Bilder gerne vollständig vermissen.

Druck und Ausstattung des Buches sind tadellos. Weil.

Zur Besprechung eingegangene Bücher:

Die Zuckerkrankheit, ihre Komplikationen und ihre Behandlung. Von Prof. R. Lepine, Lyon. Autorisierte deutsche Uebersetzung von Dr. Ferdinand Kornfeld, Wien. Leipzig und Wien 1906. Verlag von Franz Deuticke. 151 Seiten.

E. Mercks Jahresberichte. XIX. Jahrgang 1905. Darmstadt, Jänner 1906.

Therapeutisches Jahrbuch. Von Dr. E. Nitzelnadel. XV. Jahrgang. Leipzig und Wien 1905. Verlag von Franz Deuticke. 266 Seiten. Preis 4·80 Kronen.

Zum Heil für Alle. Von Gustav Boschem, Großkotzenau. Selbstverlag. 39 Seiten.

Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft. In acht Büchern. Uebersetzt und erklärt von Eduard Scheller. Zweite Auflage. Von Walther Frieboes. Mit einem Vorwort von Prof. Kobert, Rostock. Mit einem Bildnis, 26 Textfiguren und vier Tafeln. Braunschweig 1906. Druck und Verlag von Friedrich Viehweg & Sohn. 862 Seiten. Preis 18 Mark.

Annalen der schweizerischen balneologischen Gesellschaft. Heft 2. Aarau 1906. Druck und Verlag von H. R. Sauerländer & Co. 104 Seiten.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Schmierseifeneinreibung gegen skrofulöse und tuberkulöse Verschwärungsprozesse.

Von Dr. **Kappesser**, Darmstadt.

Daß ich mit Gegenwärtigem nochmals auf das obengenannte, vor nun bald dreißig Jahren*) von mir in die allgemeine Therapie eingeführte Heilverfahren zurückkomme, welches seit der Zeit von zahlreichen Beobachtern bestätigt und erst in neuerer Zeit wieder von keinem Geringeren als V. Czerny (Ueber häusliche Behandlung der Tuberkulose. — Beitr. zur Klinik der Tuberkulose. Bd. I, II. 2) einer ehrenden Inbetrachtnahme würdig befunden worden ist, rührt daher, daß ich durch eigene Wahrnehmungen und mancherlei an mich gerichtete Anfragen die Ueberzeugung gewonnen habe, daß mein von allem Anfang geübtes Verfahren, auf welches ich durch Erfahrungen bei der alten Krätzebehandlung gekommen war, immer wieder von manchen mißverstanden und unrichtig angewendet wird, und, wenn es auch nicht immer gleich zu Entgleisungen geführt hat, wie ich solche schon in meinem 1899 dahier bei J. Waitz erschienenen Schriftchen als warnende Beispiele geschildert habe, so ist doch zu befürchten, daß manch einer durch scheinbaren Mißerfolg und unliebsame Nebenwirkung abgeschreckt werde und somit wie so oft, das Ganze „außer Mode“ komme.

Tatsache ist, daß manche nach dem Grundsatz: Viel hilft viel! die eingeriebene grüne Seife stundenlang, ja selbst über Nacht, auf der Haut eintrocknen lassen. Das war wohl das Richtige in der Zeit, als man die Seife fast ausschließlich zur Bekämpfung der Krätze anwendete, denn da verfolgte man lediglich den Zweck, durch Zerstörung der oberen Epidermisschichte die darunter herlaufenden Milbengänge und somit die darin erhaltene Milbenbrut zu zerstören. Viele ältere Kollegen werden sich wohl noch aus jener nun glücklich überwundenen Zeit der unerwünschten Nachwehen: Schrunden, Schwären und Ekzeme erinnern, welche dabei mit in Kauf genommen werden mußten.

Wenn also hie und da über Verätzung der Haut bei Anwendung meiner Kurmethode geklagt wird, so ist sie wohl zumeist auf gleichen Grund zurückzuführen.

*) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6, 1878; ibid. Nr. 5, 1882. — Die erst neuerdings von Cornet wieder aufgefundene Abhandlung von Richter in Caspars Wochenschr. von 1846, darin neben einer eigentümlichen Erklärung über Wesen und Herkunft der Skrofulose und Tuberkulose der Rat gegeben wurde, prophylaktisch bei Familienanlage zu Skrofeln die säugenden Mütter bezw. Ammen eine halbe Stunde vor Anlegen des Kindes ein Glas Sodawasser trinken zu lassen und dieselben abends über Rücken, Brust und Beine mit Schmierseife abzuwaschen, war mir bis dahin gänzlich unbekannt, da mir jene alte Zeitschrift weder im Original, noch in einem Auszug je zu Gesicht gekommen war. Bedauerlich bleibt jedenfalls, daß jener Rat eines Praktikers von den Zeitgenossen unbeachtet geblieben ist. Etwelche haben sich ihre Köpfe darüber zerbrochen, ob man das Verfahren das Richtersche, Kappessersche oder gar das Hoffasche benennen soll, weil der letztere, allerdings 20 Jahre nach mir, über Erfolge berichtete, welche er damit erzielt hat. Mir ist das ganz gleichgiltig. Ich glaube nicht, daß Eustachius, der weiland streitbare Gegner des großen Vesal, sich im Grab wird umgedreht haben, als man kürzlich entdeckt haben wollte, daß schon etliche Jahrhunderte vor unserer Zeitrechnung einer die Tuba Eustachii schon gekannt und sogar in einem Papyrus, vielleicht gar in Keilschrift auf Ziegelstein beschrieben haben soll.

Digitized by Google

Man hat geglaubt, diesem Uebelstand durch Auswahl besonderer Seifensorten vorbeugen zu sollen, wodurch zugleich Reklame für gewisse Fabriken und auch Fabrikate gemacht wurde (Lebertranseife, Dermosapol!). Ich habe nie eine andere als die gewöhnliche, honigartige Schmierseife verwenden lassen, wie sie jede bessere Seifenhandlung liefert, wenn man nur versichert sein darf, daß sie nur aus wirklich reinem Fett hergestellt wurde, und habe nie eine unliebsame Nebenwirkung dabei wahrgenommen.

Ich bin überhaupt von meinem einmal erprobten Verfahren im allgemeinen nicht mehr abgewichen, das ich, weil meine früheren Beschreibungen wohl nur wenigen mehr erinnerlich sein dürften, nochmals hier kurz anführen will: Zwei- bis dreimal in der Woche, abends vor Schlafengehen $^1/_2$—1 Eßlöffel 10—15 Minuten lang mittels der öfter in laues Wasser getauchten Hand über dem ganzen Rücken sanft zu Schaum verreiben und dann sofort mittels Schwamm oder feuchter Kompresse oberflächlich wieder abwaschen. Ich habe nie eine üble Folge dabei erlebt, selbst nicht bei ganz kleinen Kindern und in dringenden Fällen, wo ich die Einreibung eine Zeitlang täglich vornehmen lassen mußte.

Ich habe den Rücken in der Regel als Applikationsstelle nur deshalb vorgezogen, weil ich andere, zartere Hautpartien vor leicht möglichen Insulten bewahren wollte. Eine besonders geeignete Stelle zur Einverleibung des Mittels scheint mir nach mehrfach eigenen Erfahrungen die Innenfläche der Hand und des Vorderarmes, sowie auch die Fußsohle zu sein, wegen der hier am zahlreichsten vorhandenen Schweißdrüsen.

Obgleich sich mir jetzt nur selten mehr Gelegenheit bietet, eigene Erfahrungen zu machen, so möchte ich doch eine solche aus jüngster Zeit nicht in Vergessenheit kommen lassen. Bei einem 77jährigen, sonst noch rüstigen Herrn hatte sich ohne bekannte Veranlassung auf dem Fußrücken, dicht hinter dem Zehenansatz beginnend, eine flache Anschwellung entwickelt, ohne Verfärbung oder fühlbare Wärmeerhöhung, aber bei Bewegung und Druck empfindlich, sich immer weiter ausbreitend und zuletzt durch wahrnehmbare Fluktuation als Flüssigkeitsansammlung unter der Faszie erkennbar. Nachdem verschiedene Versuche mittels Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, Pinselungen und zerteilenden Einreibungen des Uebels Herr zu werden (Druckverband und Einwickelungen wurden wegen Schmerzvermehrung nicht ertragen) keinen Erfolg hatten, riet ich, in Erinnerung der merkwürdigen Resorptionsresultate, welche ich schon mit der Schmierseife erzielt hatte (vgl. meine 1900 bei Waitz dahier herausgekommene bezügliche Abhandlung), es einmal mit diesem Mittel zu versuchen. Patient hat dann auch mit rührender Gewissenhaftigkeit allabendlich, mit der Uhr vor sich, zehn Minuten lang sich selbst die Seife in die Fußsohle eingerieben. Und der Lohn blieb auch nicht aus. Von der Stunde an ging die Anschwellung stetig zurück und jetzt ist alles verschwunden bis auf ein kleines Knötchen am äußersten Mittelfußknochen, das hoffentlich bei weiterer Ausdauer auch noch schwinden wird. Das Resultat ist umso erfreulicher, als bei gegebenen Umständen eine etwa notwendige chirurgische Entfernung des Exsudats eine trübe Perspektive in Aussicht gestellt hatte.

Nach meinem Dafürhalten beruht die Wirkung der Kur darauf, daß die Seifenemulsion beim Einreiben in die drüsigen Gebilde der Haut, vor allem in die wandlosen letzten Endigungen des Hautkapillarnetzes, durch welche das letztere mit der Außenwelt in direkter Verbindung steht, eingetrieben und damit unmittelbar in die lebende Säftemasse übergeführt wird. Dieser Zweck wird aber ganz gewiß nicht dadurch gefördert, daß die oberen Epidermislagen durch längeres Auflagern der scharfen Kaliseife beschädigt wird. Ich bin deshalb auch längst davon abgekommen, namentlich bei Kindern, durch ein nachfolgendes Vollbad die überschüssige Seife zu entfernen, weil dadurch nur die in die oberen Hautschichten einverleibten Stoffe sofort wieder ausgelaugt werden. Ich halte es deshalb auch für verkehrt, wenn man, wie ich mir habe sagen lassen,

Digitized by Google

in gewissen Soolbadeorten glaubt, die Wirkung der Bäder durch, denselben unmittelbar vorausgeschickte Schmierseifeeinreibungen noch zu verstärken.

REFERATE.

Innere Medizin.

Organotherapie.

1. **Das neueste über Organotherapie.** Ref. Fritz Loeb, München.
2. **Behandlung der Migräne mit Thyreoidin.** Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Behandlung gewisser chronischer Rheumatismen mit Schilddrüsensaft.** Nach P. Claisse, Paris. Ref. Einstein, Stuttgart.
4. **Die Verwendung des Adrenalins in der Peritonealhöhle.** Von Emery Marvel. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Hager (Magdeburg) spricht sich darüber folgendermaßen aus: 1. Für den praktischen Arzt erscheint zur Zeit die allgemeine Anwendung organotherapeutischer Präparate noch nicht ratsam. 2. Zu empfehlen ist die Benützung der Schilddrüsenpräparate bei Myxödem und verwandten Stoffwechselkrankheiten, namentlich in der Form von Jodothyrin, auch Thyreoidin siccat. Merck. Ferner die Behandlung des Symptomenkomplexes des Morbus Basedowii mit dem Möbiusschen Schilddrüsenserum. 3. Die Anwendung des Adrenalins respektive Paranephrins als blutstillenden und namentlich als schleimhautanämisierenden Mittels mit vorsichtiger Dosierung und Berücksichtigung der Kreislaufsorgane. 4. Weniger sicher erscheint die Anwendung von Organpräparaten, bei welchen es bisher nicht gelang, ein wirksames Prinzip darzustellen; vielleicht macht das Oophorin, das Pankreatin oder das Pankreon hier eine Ausnahme. 5. Von diesen Präparaten erscheinen die nach Pöhlschem oder Merckschem Prinzip dargestellten die empfehlenswertesten, namentlich erscheinen auch die von Vasalle und die nach Scialleros Prinzip dargestellten einer Berücksichtigung wert. 6. Die klinische Prüfung der nach diesem Prinzip dargestellten organotherapeutischen Präparate, namentlich auch mit Berücksichtigung der Urosemiologie und einer sicheren Dosierung bleibt wünschenswert. 7. Immerhin aber lohnt es sich, auch für den praktischen Arzt in Fällen, wo es sich um Stoffwechselstörung oder um funktionelle Schwäche eines bestimmten Organsystems oder auch um unheilbare Störungen der verschiedensten Art handelt und alle übrigen therapeutischen Maßnahmen fruchtlos blieben, einen Versuch mit Organopräparaten, womöglich ganz frisch oder jedesmal frisch dargestellt, zu machen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1906.)

2. In der Soc. méd. des Hôpit. 11. Mai 1906 empfehlen Lévi und de Rothschild die Behandlung der Migräne mit Thyreoidin. Gewisse Patienten mit Migräne sollen Symptome aufweisen, die für Hypothyreoidismus sprechen: rasche Ermüdung, unregelmäßiges Eintreten der Menses, Obstipation (!). Sieben Kranke der beiden Autoren wurden durch die Behandlung gebessert. Auch Apert berichtet über einen erfolgreich behandelten Fall, in dem kleine Mengen Thyreoidin eine häufig wiederkehrende Migräne besserten; als die Medikation zu lange unterbrochen wurde, erschienen die Anfälle wieder. — Die Anwendung so stark wirkender Stoffe, wie sie die Thyreoideapräparate darstellen, ist aber bei der Migräne nur dann gerechtfertigt, wenn andere Mittel, wie Regelung der Ernährung und des Stuhles, versagt haben. — (Journ. des Prat. Nr. 21, 1906.)

3. Bei alten Leuten finden sich Fälle von chronischem Rheumatismus, der mit einem allgemeinen Nachlaß der Funktionen einhergeht: Verringerung des arteriellen Druckes, Appetitlosigkeit, verlangsamte Verdauung, geringe Diurese mit schwacher Harnstoffausscheidung, Nach-

Digitized by Google

laß der Intelligenz und seröse Aufschwemmung der Gewebe, die an Myxödem erinnert. Die letztere Beobachtung brachte Claisse auf den Gedanken, daß es sich in solchen Fällen um eine verringerte Funktion der Schilddrüse handelt. Und wirklich konnte er nach Behandlung mit Schilddrüsensaft in mehreren Fällen neben einer Besserung des Allgemeinbefindens ein Zurückgehen der rheumatischen Gelenkveränderungen und Schmerzen beobachten. Die von Lancereaux gefundene günstige Beeinflussung von Rheumatismusfällen durch Jod ist wahrscheinlich durch die Wirkung dieses Mittels auf die Funktion der Schilddrüse zu erklären. Bei Albuminurie erfordert die Thyreoidtherapie eine vorsichtige Ueberwachung, sie bildet jedoch keine Kontraindikation; im Gegenteil sah man infolge dieser Behandlung Eiweiß, sowie auch Zucker aus dem Urin verschwinden. Pulszahlen über 100 verlangen Aussetzen der Behandlung. — (Rev. franç. de méd. et de chir. Nr. 5, 1906.)

4. Marvel empfiehlt die Anwendung von Adrenalin, in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, in der geöffneten Bauchhöhle zunächst bei Chokzuständen, wobei es prompter wirkt als bei intravenöser Injektion, ferner zur Verhinderung der Blutung bei Lösung ausgedehnter Peritonealverwachsungen und zur Verhütung neuer Verwachsungen. Die Applikation bietet in den üblichen Dosen keine Gefahren. — (The Therapeutic Gazette, 15. Juni 1906.)

Diabetes.

1. **Ueber Abkühlungs-Glykosurie.** Von Karl Glaeßner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber Zuckerbestimmung im Harn.** Von S. Rosenberg. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Ueber die Beeinflussung der Zuckerausscheidung durch Fettzufuhr.** Von S. Bondi und C. Rudinger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Diabetes und Pneumonie.** Von Karl Glaeßner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Diabetische Neuralgien und Neuritiden.** Von Ingetraus. Ref. F. Perutz, München.
6. **Die Kartoffelkur bei Diabetes mit Albuminurie.** Von Eugène Colombié. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Kartoffelspeisen für Diabetes und Adipositas.** Von W. Sternberg. Ref. M. Kaufmann Mannheim.
8. **Gibt es einen Nebennierendiabetes?** Von R., Lépine. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Glaeßner beobachtete bei vier von neun Individuen, die eine hochgradige Abkühlung im Wasser erlitten hatten, Zuckerausscheidung. Die Patienten erhielten, nachdem sie zuckerfrei geworden waren, nüchtern 100 g Dextrose, keiner zeigte eine Spur von Zucker. Dagegen wurde in allen Zucker enthaltenden Portionen auch Milchsäure nachgewiesen. Glaeßner glaubt, daß an dem Auftreten beider pathologischer Bestandteile sowohl abnorm gesteigerte Muskeltätigkeit wie Sauerstoffmangel eine Rolle spielen. Von praktischer Wichtigkeit ist das gleichzeitige Auftreten von Zucker und Milchsäure, da es bei Diabetes und alimentärer Glykosurie nicht vorkommt, somit für Zustände, welche die Oxydationen plötzlich herabsetzen, charakteristisch ist (Vergiftungen, hochgradige Abkühlung). Forensisch wichtig ist es zur Entscheidung der Frage, ob eine im Wasser gefundene Leiche den Ertrinkungstod gefunden hat oder nach dem Tode ins Wasser geworfen wurde. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 30, 1906.)

2. Bei der qualitativen Zuckerprobe beanstandet Rosenberg die Nylandersche Probe, einmal, weil sie auch ohne Zucker häufig positiv ausfällt (Pflüger), dann auch, weil verschiedene Substanzen, wie Quecksilber, Thymol, Chloroform, Albumen, Albumosen, selbst bei Anwesenheit von Dextrose, die Reaktion nicht eintreten lassen. Da auch die Trommersche Probe unzuverlässig ist, so ersetzt man sie am zweckmäßigsten durch das Verfahren von Worm-Müller, das nach Pflüger ungemein scharf und beweisend ist; allerdings ist es für den Praktiker wohl zu zeitraubend, so daß dieser meist lieber zu der Trommerschen Probe greifen wird. — Zur quantitativen Bestimmung hat neuerdings Sahli das Pavysche Verfahren der Titration warm empfohlen. Aber Rosenberg hat gefunden, daß die damit erzielten Werte stets wesentlich höher

Digitized by Google

sind als die polarimetrisch erhaltenen. Die Methode hat eine ganze Reihe von Fehlern: beim Abwiegen des Kupfersulfats ist man von der Luftfeuchtigkeit abhängig, beim Titrieren selbst kommen Fehler vor, und dann wird die Reaktion von einer Reihe anderer Körper gegeben, die ebenfalls reduzieren (Harnsäure, Pentosen, Glykuronsäure); aus letzterem Grunde ist Sicherheit nur dann da, wenn man die Titrierung nach Vergärung nochmals wiederholt; aus der Differenz zwischen den Titrationswerten vor und nach der Vergärung läßt sich der Zuckergehalt berechnen, ein nicht schwieriges, aber zeitraubendes Verfahren. — Die Verwendung des Polarisationsapparats hat aber auch seine Schwierigkeiten; einmal ist sehr oft Klären nötig, wozu aber nur Bleizucker (nicht Bleiessig oder gar Tierkohle, die beide Zucker mit ausfüllen) zu verwenden ist; dann können Dextrine, Glykogen, Milchzucker die Drehung vortäuschen; zuletzt ist mit der Anwesenheit linksdrehender Substanzen zu rechnen; allen diesen Schwierigkeiten ist nur dadurch zu begegnen, daß man nach dem Polarisieren vergären läßt und dann nochmals polarisiert. — Das dritte Verfahren der quantitativen Zuckerbestimmung — die Verwendung der Gärungsprobe — ist durch den Lohnsteinschen Apparat dem Praktiker handgerecht gemacht worden. Da aber einerseits die Hefe aus sich selbst CO_2 entwickeln kann, anderseits die Hefe verdorben sein kann, so muß man stets zwei Kontrollproben, eine Hefe mit Wasser, eine andere Zuckerlösung mit Hefe, mit ansetzen. Weiter soll die Probe bei Bruttemperatur (aber nicht über 38°) vor sich gehen. Zuletzt muß die Reaktion des Harnes sauer sein. Ist sie alkalisch, so kocht man auf, setzt etwas Weinsäure zu und läßt erkalten. Um das Alkalischwerden während der Gärung zu verhüten, setzt man auf alle Fälle ein kleines Weinsäurekrystall zu. Unter solchen Kautelen wird der Lohnsteinsche Apparat für die Praxis genügend genaue Werte geben. — (Berl. klin. Wochenschr., 13. Aug. 1906.)

3. Bondi und Rudinger suchen die Frage zu beantworten, ob der Satz, daß die Störung des Fettstoffwechsels beim Diabetiker, d. h. die Azetonurie, durch Kohlehydratzufuhr gehemmt werden kann, auch umgekehrt gilt, d. h. ob es möglich ist, eine Glykosurie durch Fett zu hemmen. Tierversuche lieferten bislang nicht genügend zuverlässige Resultate; dagegen verfügen die Vf. über einige Versuche an Diabetikern, in denen die Verminderung der Glykosurie durch Vermehrung, bezw. eine Steigerung der Glykosurie durch Verringerung der Fettzufuhr unverkennbar ist. Aehnliche in seinen Versuchen erhaltene Resultate hatte Mohr dahin erklärt, daß die durch die Fettzufuhr bedingte Eiweißsparung eine Verminderung der Zuckerbildung und demgemäß auch der Glykosurie bedinge. Aber die Versuche der Vf. zeigen, daß auch dann, wenn die N-Ausscheidung unbeeinflußt bleibt, dennoch die Verringerung der Glykosurie statt hat. In schweren Diabetesfällen bleibt sehr häufig die Beeinflussung der Glykosurie durch die Fettzufuhr aus; dieselben „zellulären Schädigungen", die in solchen Fällen die Wirkung der Kohlenhydrate auf die Azetonurie verhindern, verhindern auch die Beeinflussung der Glykosurie durch die Fette; in manchen Fällen mag auch eine verschlechterte Fettresorption zu dem Mangel an Fettwirkung beitragen. Die Verminderung der Glykosurie durch Fette ist zu vergleichen mit der Verminderung derselben bei Muskelarbeit; wie die Muskelarbeit, so beansprucht vielleicht auch die Verwertung der Fette eine gewisse Menge Kohlehydrate. — Möglicherweise hängt der empirisch gefundene Wert des Fettes in der Ernährung des Diabetikers neben seinem Brennwert auch noch von seinem Einflusse auf die Glykosurie ab; doch bedarf es hier noch weiterer Versuche. Jedenfalls aber dürfen wir die Toleranzgröße des Diabetikers nur bei Kenntnis der Fetteinfuhr bestimmen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1906.)

4. Der Einfluß akut-fieberhafter Erkrankungen auf die diabetische Glykosurie hat vielfach die Autoren beschäftigt; ein Ueberblick über die Literatur lehrt, daß derselbe kein einheitlicher ist; ohne daß ein Grund für die eine oder die andere

Digitized by Google

Erscheinung angegeben werden könnte, zeigt sich in dem einen Falle ein Herabgehen, im anderen eine Zunahme der Glykosurie. Ganz auffallend günstig beeinflußt wurde ein Fall, über den Glaeßner berichtet. Eine 54jährige Frau schied beim Eintritt ins Krankenhaus bei strenger Diät 133·65 g Zucker aus. Das Eintreten einer Pneumonie am dritten Tage änderte das Bild mit einem Schlage. Die Harnmenge wurde geringer, die Zuckerausscheidung kleiner, das Azeton verschwand. Nach der abnorm kurzen Fieberperiode kam nicht, wie in anderen Fällen, der Zucker wieder, sondern blieb dauernd (d. h. während der drei Monate der weiteren Beobachtung) verschwunden, ja zeigte sich nicht einmal wieder nach Darreichung von 100 g Traubenzucker. Man kann demnach hier von einer großen Remission sprechen, die bei dem Diabetes unter dem Einflusse der Lungenentzündung eingetreten ist. Ueber die Ursache dieser günstigen Beeinflussung läßt sich Sicheres nicht sagen; möglicherweise hängt die bei Pneumonie beobachtete Alkaleszenzvermehrung des Blutes mit dem Phänomen zusammen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1906.)

5. Die Neuralgien im Verlauf des Diabetes können an den verschiedensten Stellen des Körpers auftreten; sie brauchen durchaus nicht doppelseitig zu sein. In manchen Fällen schwinden sie mit dem Aufhören der Glykosurie, nicht selten trotzen sie der antidiabetischen Behandlung und bleiben auch nach dem Rückgang der Zuckerausscheidung bestehen. Auch zwischen der Zu- oder Abnahme der Glykosurie und der Intensität der Schmerzen lassen sich keine Zusammenhänge finden. Auch richtige Neuritiden mit Sensibilitäts-, Motilitäts- und trophischen Störungen kommen beim Diabetes zur Beobachtung. Sie können den Charakter der isolierten Neuritis tragen, als Polyneuritis auftreten und schließlich unter einem Bilde ähnlich dem der Pseudotabes alcoholica verlaufen. Auch hier führt die diätetische Behandlung des Diabetes, die in erster Linie anzuwenden ist, häufig nicht zum Ziel und erreicht man mehr mit der sonst üblichen Behandlung der Neuritiden. — (Revue franç. de méd. et de chir. Nr. 8, 1906.)

6. Man beobachtet beim Diabetes zwei verschiedene Formen der Albuminurie, eine funktionelle und eine organische; erstere hängt ab von Ernährungsstörungen und Reizzuständen der Niere infolge der diabetischen Symptome und ist von relativ geringer Tragweite; sie kann allerdings im Laufe der Zeit in die organische Form übergehen. Da die Durchlässigkeit der Niere bei ihr kaum beeinträchtigt ist, so bildet diese Form der Albuminurie in keiner Weise einen Hinderungsgrund für Anwendung der Kartoffelkur; im Gegenteil, indem sie der Säuerung des Organismus, der Polydipsie, Polyurie und Glykosurie entgegenwirkt, wirkt sie den Ursachen der Albuminurie entgegen und verringert sie. Was die organische Form der Albuminurie, d. h. die Komplikation von chronischer Nephritis mit dem Diabetes anlangt, so beweisen die von Colombié mitgeteilten sechs Fälle, daß auch hier die gewöhnliche Kartoffelkur oder eine solche mit Modifikationen (weniger Kartoffel und mehr Milch), letztere in Fällen, in denen die Sekretionstüchtigkeit der Niere mehr darniederliegt, ebenfalls gute Resultate sowohl bezüglich Glykosurie wie Albuminurie gibt. Die Erfahrung lehrt, daß die großen Kartoffelmengen auch hier gut ertragen werden, und daß die bei der darniederliegenden Durchgängigkeit der Niere theoretisch vorhandene Gefahr, die in ihnen enthaltenen großen Mengen Kalisalz könnten zu einer Intoxikation führen, in Wirklichkeit nicht zu Recht besteht; Vorsicht ist dabei allerdings am Platze. Die Kryoskopie, die sonst bei der Frage der Nierendurchgängigkeit gute Anhaltspunkte liefert, versagt bei der Kombination von Nephritis und Diabetes; in solchen Fällen kann uns das Verhalten der Chlorausscheidung zur Richtschnur dienen. — Das Wirksame an der Kartoffelkur sollen in erster Linie die organischen Kalisalze sein, die der Säuerung des Organismus entgegenarbeiten; bei der Nephritis haben sie noch den Vorteil, daß die aus ihnen entstehenden Alkalikarbonate eine kochsalzarme Kost leichter durchzuführen gestatten. — (Thèse de Bordeaux, 1905.)

Digitized by Google

7. Aus Kartoffeln, denen man das Kartoffelmehl zum allergrößten Teile entzogen hat, lassen sich mannigfache Gerichte herstellen, die den Kartoffelgeschmack besitzen, sehr gut sättigen, aber sehr arm an Kohlehydraten sind, daher für Diabetiker und Fettsüchtige sich gut eignen.

Zur Entfernung des Kartoffelmehls verfährt man folgendermaßen: Man reibt abgeschälte, rohe Kartoffeln durch ein Reibeisen in ein Wasser enthaltendes Gefäß. Das Kartoffelmehl setzt sich allmählich unten ab, und zwar umsomehr, je länger die Masse im Wasser bleibt, so daß sich nach einiger Zeit das feine, weiße Mehl von der darüber befindlichen Fasermasse abscheidet. Preßt man nun die ganze obere Masse ohne das unten abgesetzte Mehl durch ein Seihtuch gut durch, so geht auch das feine Mehl, das sich noch in der Fasermasse befindet, mit dem Wasser durch die Poren durch. Die Fasermasse dagegen bleibt, zum allergrößten Teil vom Mehl befreit, auf dem Tuch zurück. Hat man diesen Brei gut trocken gepreßt, so lassen sich mehrere schmackhafte Gerichte von Kartoffelgeschmack daraus bereiten.

Die einzelnen Rezepte, die Sternberg gibt, hier wiederzugeben, hieße, den ganzen Aufsatz wörtlich abdrucken; sie mögen daher im Original nachgelesen werden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27, 1906.)

8. Durch intravenöse Injektion einer genügenden Dosis Adrenalin kann man beim Hund und Kaninchen eine transitorische Glykosurie erzielen. Ob es beim Menschen eine hiemit vergleichbare spontane Glykosurie gibt, ist nicht sicher; gelegentlich beobachtet man leichte Glykosurie bei interstitiellen Nephritiden, bei denen der hohe Blutdruck den Gedanken an das Vorhandensein größerer Adrenalinmengen im Blute nahelegt. Ebensowenig Sicheres ist über das Vorkommen eines echten Nebennierendiabetes bekannt. Fälle von Zusammenvorkommen von Nebennierenaffektionen und Diabetes sind in der Literatur drei beschrieben. Lépine fügt diesen einen vierten hinzu. Eine Frau von 64 Jahren, die längere Zeit an Diabetes gelitten hatte, zeigte bei der Autopsie ein großes Sarkom der rechten Nebenniere. Da derartige Tumoren sehr langsam wachsen, kann man wohl annehmen, daß das Sarkom älter ist als der Diabetes. Nun sieht man aber öfters Nebennierentumoren ohne Diabetes. Man muß daher annehmen, daß nicht bei jedem Nebennierentumor die Bedingungen gegeben sind, daß genügend Adrenalin (täglich wohl mehr als 50 mg nötig) ins Blut kommt; man muß hiefür einmal eine gesteigerte Produktion von Adrenalin annehmen, dann besonders günstige Bedingungen für den Uebergang ins Blut; zuletzt wird wohl noch ein weiterer Faktor, die Prädisposition des Individuums, eine Rolle spielen. — (Revue de Méd., Juli 1906.)

Gicht.

1. **Die Thyminsäure (Solurol) als Kompensationsmittel zum gichtischen Fluidum, Harnsäure.** Von Rudolf Meißner. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Neue Gesichtspunkte über Wesen und Behandlung der Gicht.** Von P. Roethlisberger. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Die Koinzidenz der Gicht, Zuckerkrankheit und Fettsucht.** Von Scherk. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Das Formol in der Behandlung der Gicht und der uratischen Diathese.** Von G. Ghedini. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
5. **Ueber vegetarische Diät.** Von Rudolf Staehelin. Ref. F. Perutz, München.

1. Das Solurol, das die Eigenschaft besitzen soll, die Harnsäure a priori in Lösung zu halten, noch bevor es zur Fällung oder Bildung von Salzen kommt, ist ein amorphes, braungelbes Pulver, ganz geschmacklos, in kaltem Wasser leicht löslich. Es besteht aus Nukleotinphosphorsäure, auch Thyminsäure genannt; diese eben zeigt eine intensive Neigung, sich mit Harnsäure zu verbinden und sie in Lösung zu erhalten. Eine alkalische Lösung von Harnsäure ohne Solurol läßt beim Ansäuern Harnsäure ausfallen, mit Solurol nicht. Meissner berichtet über vier Fälle von Gicht, bei denen er mit günstigem Erfolge Solurol verwendete. Zwei derselben scheinen, soweit man bei der kurzen Mitteilung urteilen kann, für

Digitized by Google

eine günstige Wirkung des Solurols zu sprechen; einen Erfolg wie im ersten Falle erzielt man auch ohne Solurol, und im vierten Falle scheint mir die Diagnose atypische Gicht nicht unbedingt gesichert zu sein. — Jedenfalls sprechen theoretische Erwägungen dafür, Thyminsäurepräparate wie Solurol in der Gichttherapie weiter zu versuchen. — (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr. 13, 1906.)

2. Roethlisberger trennt in dem klinischen Bilde der Gicht den akuten Gichtanfall prinzipiell von der chronischen Gicht. Der akute Anfall ist eine Infektionskrankheit, nahe verwandt dem akuten Gelenkrheumatismus; hiefür sprechen die lokalen Erscheinungen, das Fieber, die ätiologischen Momente, eventuelle Komplikationen, der gelegentlich vorkommende Herpes, der Erfolg gewisser Behandlungsmethoden, die Stickstoffbilanz, gewisse theoretische Erwägungen u. a. m. Der Boden für die Infektion ist jedoch geebnet durch die gichtische Disposition, die uratische Diathese, eine Anomalie, deren Wesen in einer Harnsäureretention, deren Ursache in einer insuffizienten Funktion der Nieren besteht; die chronische Gicht beruht also nicht auf einer angeborenen Stoffwechselstörung, sondern auf den Folgen einer Niereninsuffizienz, die ihrerseits als hereditär betrachtet werden kann.

Zur Bekämpfung der gichtischen Diathese, d. h. der Harnsäureretention, kommt in erster Linie die Nierenschonung in Betracht; alle die Niere schädigenden Medikamente, z. B. Salizylpräparate, sind nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Die Diät hat Gewürze, Alkohol, Fleischextrakte, stark gesalzene Gerichte und ein Uebermaß von Fleisch zu meiden; sie ist eher nach dem Maßstabe ihrer Wirkung auf die Nieren als auf die Harnsäureproduktion zu bemessen. Daneben entsprechende Kleidung, körperliche Uebungen, Bäder, Durchspülung des Körpers.

Bei Behandlung des akuten Anfalles wird es sich in erster Linie darum handeln, die Eintrittspforte für den Infektionserreger festzustellen. Bei intestinalem Ursprung gibt man Abführmittel (Kalomel) und Darmantiseptika (Salzsäure); Krankheiten der oberen Luftwege sind zu behandeln. Dann kommen unsere kräftigsten Darmantiseptika in Betracht, so das Formaldehyd (Citarin, Formamintpastillen) und die Salizylpräparate. Lokal wendet man neben Wärme auf das Gelenk ebenfalls antiseptisch respektive antitoxisch wirkende Substanzen an. Die Kost sei karg, Flüssigkeit werde reichlich gegeben. Das affizierte Glied wird ruhig und hoch gelagert; die Biersche Stauungstherapie dürfte auch von Erfolg begleitet sein.

Zur Präventivkur der akuten Anfälle kommen Desinfektantien für den Verdauungskanal, wie Schwefelwässer, in Betracht, die gleichzeitig auf die uratische Diathese günstig wirken. Dann ist die alte Verordnung von Schwefel und Guajakum innerlich zu berücksichtigen, weiter zur Darmdesinfektion Salzsäure, Karlsbader und Marienbader Kuren. Als stoffwechselbeschleunigend und blutableitend sind noch die verschiedensten Bäder zu nennen; nebst den schon erwähnten Schwefelwässern haben wohl die kohlensäure- und kochsalzhaltigen Quellen sowie die indifferenten Thermen noch die besten Resultate aufzuweisen. — (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12, H. 3, 1906.)

3. Diabetes, Gicht und Fettsucht kommen so oft, sei es beim gleichen Individuum, sei es auf mehrere Individuen einer Familie verteilt, zusammen vor, daß eine gemeinsame Ursache für sie vorhanden sein muß. Dieselbe besteht nach Scherk in einer pathologisch modifizierten Fermentwirkung im Organismus, die neben der Pankreasfunktion besonders auch die Leberfunktion betrifft und in den meisten Fällen wohl auf einen gemeinsamen neurogenen Faktor zurückzuführen ist; ein anatomisch nachweisbares Leiden ist durchaus nicht nötig. Ist die Produktion der spezifischen Fermente, die unter normalen Verhältnissen die Nukleine, die Kohlehydrate, die Fette spalten, bis zu einem gewissen Grade gehemmt und geschädigt, so werden Endprodukte des intermediären Stoffwechsels entstehen, welche infolge ihrer pathologisch modifizierten Molekülkonfiguration der Intraoxydation nicht unterliegen. Je

Digitized by Google

nachdem mehr die Schädigung des einen oder anderen spezifischen Ferments oder mehrerer zugleich im Vordergrund steht, wird eine der Krankheiten oder eine Kombination mehrerer in Erscheinung treten. Wir werden demnach in diesen Fällen in erster Linie mit einer mangelhaften Hydrolyse der Nahrung zu rechnen haben, weniger mit einer gestörten Katalyse. — (Reichsmedizinalanzeiger Nr. 17, 1906.)

4. In einer langen Serie von Reagenzglas- und Tierversuchen prüfte Ghedini zunächst die Wirkung von Urotropin, Helmitol und Citarin auf Harnsäure. Es zeigte sich, daß die Mittel in vitro wohl imstande sind, in wässeriger wie in Kochsalz- und in Urinlösung die Umwandlung der Harnsäure in Urate, nicht aber ihre Löslichkeit irgendwie zu befördern; ebensowenig vermochte bei Kaninchen, denen Harnsäuredepots angelegt wurden, die rektale Applikation der Präparate etwas anderes zu bewirken als eine Vermehrung der Uratbildung aus freier Harnsäure. Besser wirkte dagegen die subkutane Injektion von Formolpräparaten. Im Reagenzglas wirkte noch eine 0·2%ige Formollösung auflösend auf freie Harnsäure und ganz besonders auf harnsaure Salze ein; vom lebenden Organismus wurde die subkutane Injektion auch 1%iger Lösung (in phys. Cl Na-Lösung) sehr gut ertragen; das Mittel tritt rasch und in beträchtlicher Menge in den Kreislauf über, und die bei den Versuchstieren angelegten Harnsäuredepots zeigten deutlich eine Verminderung ihres Inhaltes; injizierte man die Lösung direkt in die Tophi, so waren sie in 5—8 Tagen völlig aufgelöst. Eine ähnliche Wirkung entfaltete die Einatmung von Formoldämpfen, die allerdings die Luftwege reizte.

Bevor er seine Resultate auf die Behandlung der Gicht, bezw. uratischen Diathese übertragen wissen will, hält Vf. weitere Untersuchungen für erforderlich. — (La Clinica Med. Ital. Nr. 3, März 1906.)

5. Bei rein vegetarischer Kost muß nach Staehelin die aufgenommene Nahrungsmenge eine größere sein als bei gemischter Nahrung infolge des geringeren kalorischen Wertes der einzelnen Nahrungsbestandteile. Doch kann durch Zusatz pflanzlicher Fette (Oel, Nüsse) der Fettgehalt der vegetabilen Kost erhöht und dadurch ihr Volumen eingeschränkt werden. Auffallend ist die erheblich geringere Eiweißmenge, die der Vegetarier zu sich nimmt und die zwischen 27 g und 59 g schwankt, gegenüber 104 g bei gemischter Kost. Trotzdem kann bei solcher Ernährung, wie die Untersuchungen von Caspari, Glaessner und von Albu beweisen, noch N zuretiniert werden. Das Bedeutungsvolle dieser Feststellungen, die die Voit sche Standardzahl von 118 g Eiweiß und damit die hohe Bewertung des Eiweißes in der Kost erschüttern, ist vom Vf. zu wenig betont. Bei einer solchen Kost hat die Niere am wenigsten feste Stoffe auszuscheiden, auch ist die Eiweißfäulnis und die Bildung toxischer Nebenprodukte dabei verringert. Der Wegfall der appetitanregenden Extraktivstoffe des Fleisches kann durch passende Zubereitung der Gemüse kompensiert werden. Das Fehlen der Purinkörper, die eine Vorstufe der Harnsäure bilden, scheint den günstigen Einfluß der vegetarischen Kost bei der Gicht zu erklären. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der vegetarischen Ernährung auf die Muskelleistung am Ergographen führte zu keinem eindeutigen Ergebnis. Hier hätten die Versuche von Baelz bei japanischen Karrenziehern und die Tatsache der Ueberlegenheit der Vegetarier bei Wettmärschen angeführt werden sollen. Die Beobachtung des Pulses während vegetarischer, resp. fleischreicher Ernährung in der Ruhe ergab keine Differenzen, dagegen zeigte sich bei einem Neurastheniker mit vasomotorischen Störungen in der vegetarischen Periode eine geringere Reaktion des Pulses auf die Muskelarbeit. Ebenso war bei zwei von vier Versuchspersonen die Viskosität des Blutes bei pflanzlicher Nahrung verringert. Bei seinen Versuchen fiel es dem Autor auf, daß während der vegetarischen Ernährung der Durst und die Diurese geringer waren. Bei Prüfung der Extraktivstoffe, der verschiedenen Fleischsorten, auch des Fischfleisches und der Eier, auf ihre diuretische Wirkung wurde stets ein stark positiver Ausfall gefunden. Es ist daher unhaltbar,

Digitized by Google

bei der Ernährung Nierenkranker einen Unterschied zwischen weißem und dunklem Fleisch zu machen. Da auch bei der Milchdiät viel Wasser und feste Stoffe ausgeschieden werden müssen, so erweist sich rein vegetarische Kost bei der Ernährung Nierenkranker als vorteilhaft. Infolge des geringen Wasserbedürfnisses bei pflanzlicher Ernährung sind bei diesem Regime auch leichter Alkoholentziehungskuren durchzuführen.

Leider hat es Vf. versäumt, zu Rubners Buch: „Die Gesetze des Energieverbrauches bei der Ernährung“ und zur Schrift des Züricher Arztes Bircher: „Grundzüge der Ernährungstherapie auf Grund der Energiespannung der Nahrung“ Stellung zu nehmen. Gerade diese Arbeiten bringen neue Gesichtspunkte, die bei der Bewertung der vegetarischen Ernährung vielleicht mehr Berücksichtigung verdienen, als die Frage nach dem Kaloriengehalt allein. — (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte Nr. 13, 1906.)

Nephritis und Albuminurie.

1. **Experimenteller Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nephritis.** Von G. Zironi. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Experimentelle Untersuchungen über Nierenreduktion und Funktion des restierenden Parenchyms.** Von H. v. Haberer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
3. **Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Gelatineinjektionen bei Nierenentzündung.** Von E. Lütkens. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
4. **Ein Beitrag zur Behandlung der infektiösen Pyelonephritis.** Von Juy. Ref. Perutz, München.
5. **Die orthostatische Albuminurie.** Von Aubertin. Ref. Einstein, Stuttgart.
6. **Ueber akute Nephritis.** Von A. Gordon Gullon. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
7. **Schrumpfniere und diuretische Kuren.** Von P. Bergouignan. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

1. Den zahlreichen Experimentaluntersuchungen über die chirurgische Behandlung künstlich erzeugter Nephritiden fügt Zironi einen neuen Beitrag hinzu. Sein Hauptbestreben ging dahin, experimentelle Nephritiden zu erzeugen, die den Verhältnissen bei der genuinen Nephritis möglichst entsprachen. Er erzielte dies nach manchem fehlgeschlagenen Versuch durch Injektionen von neutralem Chromat und solchen von Diphtherietoxin. Bei einem ersten Hund erhielt Zironi mit Chromat, bei einem zweiten mit Toxin eine Nephritis mixta, bei der die parenchymatösen und interstitiellen Prozesse hauptsächlich an der Peripherie der Rinde saßen. Bei einem dritten Tier erzeugte Diphtherietoxin eine im wesentlichen interstitielle Nephritis mit hauptsächlicher Lokalisation gegen das Mark hin, bei einem vierten eine rein parenchymatöse und bei einem fünften eine vorwiegend parenchymatöse Nephritis. Die Dekapsulation wurde bei dem ersten Hund $4^1/_2$, bei den vier anderen $2—2^1/_2$ Monate nach Beginn der Nephritis ausgeführt. Bei den drei ersten Hunden, ganz besonders bei dem ersten, ließ sich 35—51 Tage nach vollzogener Operation eine Verschlechterung des Zustandes der entkapselten Niere gegenüber dem der nicht entkapselten feststellen; bei dem vierten Tiere trat zwar gleich nach der Dekapsulation eine wesentliche Vermehrung der Albuminurie ein, doch war bei der 43 Tage nach der Operation erfolgten histologischen Untersuchung kein Unterschied zwischen der entkapselten und der unbehelligt gebliebenen Niere aufzufinden, ebensowenig bei dem fünften Hunde 34 Tage nach der Operation.

Die Untersuchungen Zironis sprechen also nicht zugunsten der Dekapsulation: „Die Dekapsulation hat sich als schädlich erwiesen bei den nephritischen Nieren, bei denen die interstitiellen Prozesse mit subkortikaler Lokalisation prävalierten, und war ohne günstige Einwirkung bei den vorwiegend parenchymatösen Formen.“ — (Il Policlinico, Sez. chir., Nr. 5, 1906.)

2. Nach dem Vorgange Wolffs (Die Nierenresektion und ihre Folgen, Berlin 1900) stellte v. Haberer in zahlreichen Versuchen an Hunden die Folgen einer sukzessiven Verminderung des sezernierenden Nierenparenchyms fest, indem er mit verschiedenen Intervallen und in ver-

Digitized by Google

schiedener Reihenfolge den Tieren eine Niere wegnahm und die andere Niere durch Keilexzisionen verkleinerte. Es ergab sich, daß „wiederholte Nierenreduktionen in kurzen Intervallen und in größerer Ausdehnung von Hunden im allgemeinen nicht gut vertragen werden. Eine Reihe von Fällen kommt zwar durch, daneben aber kommt es bei vielen Fällen mit genau derselben Versuchsanordnung zum Nierentod, ohne daß man vor dem letzten operativen Eingriff ein Kriterium besitzt, ob der Nierenrest genügen wird oder nicht. Die Versuchsanordnung spielt eine große Rolle. Die Reduktion gibt bessere Chancen, wenn man mit der Resektion auf der einen Seite beginnt und erst nach einiger Zeit die zweite Niere exstirpiert, als wenn man zuerst nephrektomiert und dann reseziert. Es ist von großer Bedeutung, ob man bei den Resektionen bis ins Nierenbecken hinein reseziert, oder sich mit weniger tief reichenden Exzisionen von Nierensubstand begnügt". Der Versuch, ausgeschnittene Nierenstückchen an anderen Stellen zur Einheilung zu bringen, glückte insofern, als die Stücke reaktionslos einheilten, aber sie wurden alle nekrotisch, und die so behandelten Tiere verhielten sich eher schlechter, als solche ohne Einheilung von Nierenstückchen; vielleicht übten Zersetzungsprodukte des Nierengewebes einen ungünstigen Einfluß auf die Funktion des Nierenrestes aus.

Um über die Funktion des jeweiligen Nierenrestes ein Bild zu gewinnen, wendete Dr. Haberer die Phloridzinmethode an. Ihr jeweiliger Ausfall ließ sich als ein Kriterium dafür verwenden, ob die Funktion des noch vorhandenen Parenchyms eine genügende war oder nicht; dagegen vermochte sie selbstverständlich nicht die Gegenwart eines kranken Herdes im Nierengewebe nachzuweisen, es sei denn, daß dieser so beträchtlich war, daß er die Funktion der ganzen Niere beeinträchtigte. Die Probe konnte demgemäß nicht für die Entscheidung der Frage in Betracht kommen, ob von dem noch funktionierenden Parenchym unbeschadet noch etwas weggenommen werden darf. — (Wien. klin. Wochenschr., 5. Juli 1906.)

3. Wie bei anderen Blutungen, so hat man in den letzten Jahren auch bei Nierenblutungen und schweren hämorrhagischen Nephritiden Gelatineinjektionen versucht. In einem Teil der Fälle hat man sehr günstige Resultate gesehen, in anderen hinwiederum zeigte sich eine wesentliche Verschlimmerung der Nephritis, so daß Freudweiler (Zentralbl. f. inn. Med., 1900) sogar vor Anwendung der Gelatine bei Nephritis warnt. Lütkens suchte nun auf experimentellem Wege die Frage zu lösen, ob eine akute Nephritis eine Kontraindikation für die Anwendung der Gelatine abgebe. Er erzeugte bei Kaninchen durch Aloin, Kantharidin und Chromsalze eine Nephritis und gab ihnen subkutan Gelatine. Das Resultat der Untersuchungen sprach dafür, daß die Gelatineinjektionen bei akuter Nephritis nicht ungünstig im Sinne einer Beförderung der Insuffizienz auf die Nieren einwirken, und daß die fatalen Zufälle bei klinischer Gelatinebehandlung akuter Nephritiden nicht auf Rechnung der Gelatine, sondern der Nephritis selbst zu setzen sind. Weder wurden die Gefrierpunktserniedrigung noch die Albuminurie, noch die Globulinfraktion ungünstig beeinflußt. In jedem Falle wurde übrigens eine Verkürzung der Gerinnungszeit des Blutes, also der therapeutische Zweck, erreicht. — (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., Bd. 55, H. 2 u. 3, 1906.)

4. Juy befürwortet bei der Pyelitis in den ersten Wochen Bettruhe und Milchdiät. Bei gleichzeitig bestehender Urethritis und Zystitis sind Spülungen mit Oxyzyanidlösung, mit hypermangansaurem Kali, Instillationen von Arg. nitr. anzuwenden.

Von Medikamenten kommt in Betracht das benzoesaure Natron in Verbindung mit Tolusirup (Natr. benz. 14, Tolusirup 300, 1 Eßlöffel voll mehrmals täglich in einer Tasse Bärentraubentee).

Gute Erfolge sieht man auch vom Salol 3—4 g im Tag, nur wird bei längerer Darreichung gelegentlich Nierenreizung beobachtet.

Sehr gelobt wird auch das Urotropin in Tagesmengen von 1·5—2 g im Tag. Aller-

Digitized by Google

dings gibt es Kranke, die es schlecht vertragen und darauf Verdauungsstörungen bekommen. Sieht man nach 14 Tagen keinen Effekt, so ist seine weitere Darreichung zwecklos, da dann tiefere Veränderungen vorliegen dürften, die sich medikamentös überhaupt nicht beeinflussen lassen.

Von Mineralwässern kommt an erster Stelle Evian, in Betracht.

Zu operativem Eingreifen geben die Fälle mit bleibender Pyurie, schlechtem Allgemeinbefinden und Vergrößerung der Niere Anlaß.

Man wird wohl meist mit der Nephrotomie auskommen; lange bestehen bleibende Fisteln indizieren gelegentlich Nachoperationen. — (Thèse de Paris, 1905; Rev. franç. de med. et chir.)

5. Die klinischen Unterschiede, die man zwischen essentieller und symptomatischer orthostatischer Albuminurie zu finden glaubte, verwischen sich immer mehr. Nach Aubertin handelt es sich in allen Fällen um eine Nierenläsion von oft vorübergehendem, reparablem Charakter. Die Ursachen, die zur Albuminurie führen, sind rein mechanische: die Funktion der Niere ist auch bei Gesunden in aufrechter Stellung gestört; es besteht dann eine relative Oligurie, die bei intakter Niere wenig auffällt, dagegen schon bei leichtem Erkranktsein der Niere deutlicher wird. Mit dieser Oligurie vergesellschaftet sich dann eine Verminderung der Harnstoffausscheidung, und zuweilen eine Albuminurie. Diese mechanische Störung tritt besonders leicht auf, wenn infolge einer Nieren-Ptosis, wie sie bei rasch wachsenden jungen Leuten häufig ist und bei der Wanderniere am stärksten zum Ausdruck kommt, die Blutzirkulation in der Niere sehr labil ist. Es ist eine Bedindung für das Zustandekommen der orthostatischen Oligurie und Albuminurie, daß der Blutdruck nicht erhöht ist; bei der interstitiellen Nephritis werden die Erscheinungen daher nicht auftreten. — (Sem. méd., Nr. 4, 1906.)

6. Gullan legt hier seine Erfahrungen bei 42 Fällen akuter Nephritis nieder. Da die Bemerkungen über Aetiologie, Pathologie etc. nichts wesentlich Neues bieten, sei hier nur über die therapeutischen Bemerkungen referiert. Vf. ist Anhänger einer strengen Milchdiät und wendet sich scharf gegen jede Laxheit in der Handhabung derselben. Man gibt täglich 1500 cm^3 in kleinen Einzelmengen, und zwar bis weit in die Rekonvaleszenz herein; erst dann gibt man allmählich etwas Milchpudding, dann Brot und Butter, dann etwas Fisch. Medikamentös kommen besonders Purgative und Diaphoretica in Betracht. Mindestens zweimal täglich sollte reichlicher Stuhl erfolgen, und zwar gibt man abends 3—4 g Pulv. Jalapae, oder früh 10—15 g Magnesium- oder Natriumsulfat in 30 g Wasser. Kalomel ist nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Von Diaphoreticis sind gebräuchlich die Jaborandipräparate, Ammoniumazetat und Kalizitrat; am meisten Nutzen wird man jedoch von der Darreichung von benzoesaurem Natron gleich von Beginn der Krankheit an sehen, das nicht nur mild diaphoretisch, sondern auch ebenso mild diuretisch und als Desinfiziens für die Harnwege wirkt. Günstig wirkt auch eine Kombination von Tinct. Jaborandi, Natriumbenzoat und Chloroformwasser. Lassen diese Mittel im Stich, so greift man zu heißen Bädern oder warmen Packungen, schließlich zu Pilokarpin (0·006 anfangen), aber mit Vorsicht, besonders bei Urämie. Digitalis sei bei akuter Nephritis nur ein Notbehelf bei Herzinsuffizienz, sonst kann es nur schaden, da es den Blutdruck, der ohnehin meist hoch ist, noch vermehrt und die Blutüberfüllung der Nieren fördert; in der Tat sieht man bei seinem Gebrauch öfter Hämaturie. — Besonders in den ersten Stadien der Krankheit ist Ableitung auf die Haut der Lenden nützlich, um die Blutüberfüllung der Nieren zu vermindern; unbedingt zu versuchen ist sie, wenn Anurie besteht. Am geeignetsten hiefür sind trockene Schröpfköpfe, denen man heiße Umschläge folgen läßt, dann auch Anwendung von Senfumschlägen; blutige Schröpfköpfe sind seltener im Gebrauch. Treten trotz aller angewandten Mittel Kopfschmerz, Unruhe und Schlaflosigkeit in quälender Weise in den Vordergrund, so greift man zu Brom und Chloral. Opium und Morphium sind möglichst zu meiden,

Digitized by Google

da sie bei den verschlechterten Ausscheidungsbedingungen doppelt gefährlich sind. Hyoszinbromid und Hiosceyaminsulfat können dagegen in Dosen von $^3/_{10}$—$^6/_{10}$ mg gegeben werden. Heftiges Erbrechen ohne Urämie bekämpft man mit Wismuth; bei Anasarka und Höhlenhydrops, die nicht weichen, geht man nach den gewöhnlichen Regeln vor (Punktion, Drainage). In der Rekonvaleszenz ist oft Eisen am Platz; man hüte sich jedoch vor reizenden Präparaten, ferner vor Erkältung und zu N-reicher Kost.

Die Prodromalsymptome der Urämie bekämpfte man durch noch energischere Anwendung der gegen die Nephritis zu verwendenden Mittel (Purgation, Diaphorese, Ableitung auf die Haut). Ist die Urämie aber voll ausgebildet mit Koma und Konvulsionen, so wendet man zur Purgierung Krotonöl an, das man auf die Zunge bringt, zur Diaphorese subkutan Pilokarpin sowie heiße Tücher, heiße Flaschen, heiße Senfumschläge um die Lenden. Oefter sieht man auch günstige Resultate von einem Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion; die Anwendung dieser Methode sollte daher in schweren Fällen nicht versäumt werden. Stehen Dyspnöe und Konvulsionen im Vordergrund, so tut Chloroform gute Dienste. — (The Brit. Med. Journ., 18. August 1906.)

7. Vielfach werden jetzt in französischen Bädern (Contrexéville, Vittel, Evian etc.) sogenannte Cures de diurèse bei Schrumpfnierenkranken vorgenommen. Eine Zeitlang hatte man geglaubt, große Mengen Wassers (3 l und mehr) verwenden zu müssen; doch liegt es auf der Hand, daß solche Flüssigkeitsmengen für die in Betracht kommenden Kranken nicht unbedenklich sind; man gibt jetzt im ganzen weniger Wasser und individualisiert mehr. Beim gesunden Menschen bringt die Einführung von $^1/_2$—1 l des Wassers von Evian ganz charakteristische Veränderungen des Urins zustande: es wird in den drei darauffolgenden Stunden ein Harn abgeschieden, dessen Menge 20—25% mehr beträgt, als Flüssigkeit eingeführt wurde, spezifisches Gewicht mindestens 1005, Gehalt an $\overset{+}{U}$, $\bar{U}$ und ClNa weit höher als unter gleichen Verhältnissen ohne das Wasser. Die Wirkung bei Kranken bewegt sich in der gleichen Richtung. Mit weit größerer Promptheit treten die günstigen Einwirkungen der diuretischen Kur ein, seitdem man mit ihrer Anwendung die Verabreichung einer kochsalzarmen Kost verbindet. Besonders günstige Erfolge erzielt man in den Fällen mit manifestem oder latentem Oedem, während die Fälle mit sogenannter rétention sèche, d. h. Fälle mit Chlorretention und hohem arteriellem Druck, ohne Wasserretention, weniger prompt reagieren. Reagiert ein Patient nicht auf Dechlorurationskost, bleiben verabreichte Diuretika ohne Wirkung, so wird man auch von einer diuretischen Kur wenig Erfolg erwarten dürfen. Wird er aber auf Dechloruration und Diuretika prompt ödemfrei, so wird er von der Kur große Vorteile ziehen; die Durchspülung des Körpers entfernt nicht nur die Chloride, sondern auch retinierte Toxine. — (Rev. franç. de Méd. et de Chir. Nr. 13, 1906.)

Die chronisch-interstitielle Pankreatitis. Von Riederle. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Diagnose einer interstitiellen Pankreatitis gehört mit zu den schwierigsten, die es gibt; sehr häufig nimmt man bei entsprechenden Symptomen ein Karzinom des Pankreas an, und der Patient, der durch Operation zu retten gewesen wäre, stirbt unoperiert. Zu einer sekundären Entzündung des Pankreas kann es umso häufiger kommen, als das Organ durch seine Nachbarschaft zu häufig erkrankenden Organen (Magen, Duodenum, Gallenwege) vielen Schädlichkeiten ausgesetzt ist. Weiter kann die Pankreatitis Teilerscheinung einer allgemeinen Intestinalsklerose auf dem Boden der Arteriosklerose sein. Primär kommt eine chronische Pankreatitis als Ausgang häufiger akuter Entzündungen infolge von Steinen vor. Der Hauptsitz der Entzündung ist stets der Kopf des Pankreas. Wahrscheinlich begleitet die Pankreatitis sehr häufig die Cholelithiasis, ohne erkannt zu werden; für ihr Vorhandensein spricht Lokalisation der Schmerzen mehr im Epigastrium als in der Blasenwand; man findet

Digitized by Google

häufig einen Druckpunkt am Desjardinsschen Punkte, 5—6 cm vom Nabel entfernt auf einer vom Nabel zur Axille gezogenen Linie; aber er ist leider fast nur bei den akuteren Formen vorhanden, die seltener sind. Durch Palpation läßt sich gelegentlich ein tiefliegender Tumor im Epigastrium feststellen, gut beweglich, sehr schmerzhaft bei Druck; doch ist auch dieses Symptom nichts weniger als konstant. Eine sehr große Gallenblase soll mehr für Affektion des Pankreas durch Entzündung oder Tumor sprechen, eine kleine für Cholelithiasis; doch sind hier die Ausnahmen wohl so häufig wie die Regel. Bei bestehendem Ikterus entsteht wieder die Frage, ob Cholelithiasis allein, ob Kombination mit Karzinom oder mit Entzündung des Pankreas: Blutuntersuchung, Salolprobe, Körpergewicht beweisen dabei gar nichts; höchstens die Untersuchung der Fettverdauung kann über die Durchgängigkeit des Gallen-, bezw. Pankreasganges Aufklärung geben. Selbst bei der Operation bleibt man oft über die wahre Natur der Erkrankung im unklaren.

Die Behandlung der chronischen Pankreatitis ist je nachdem verschieden. Ist sie eine Folge der Cholelithiasis, so ist das Rationellste Entfernung des Steines mit guter Drainage der Gallenwege. Die meisten Autoren bevorzugen die Cholezystostomie, andere, speziell bei Karzinomverdacht, die Cholezystenterostomie, wieder andere die Cholezystektomie mit folgender Hepatikus- und Choledochusdrainage (nach Kehr). Bei isolierter Pankreatitis ist ein Eingriff — die Gastroenterostomie — am Platze, wenn Symptome einer Pyloruskompression vorhanden sind. — (Sbornik Kliniky, Bd. 7, H. 4; Journ. des Prat. Nr. 22, Juni 1906.)

Untersuchungen über die Einwirkung des Protylins auf die Phosphorausscheidung des Menschen. Von R. O. Neumann. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Ein über 26 Tage ausgedehnter Stoffwechselversuch zeigte, daß Stickstoff- und Phosphorgleichgewicht aufrechterhalten werden kann, wenn ein Teil des Nahrungseiweißes und des Phosphors durch eine entsprechende Menge Protylin ersetzt wird, ferner, daß Protylinzulage zu einer genügenden Kost Stickstoff- und Phosphoransatz bewirkt. — (Münch. Med. Wochenschr., 7. August 1906.)

Elektrochemische Therapie. Von G. Heüman. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

In einem Vortrage in der Aerztegesellschaft zu Göteborg setzt Heüman die Grundlagen und die Anwendung der elektrochemischen Therapie auseinander und berichtet dabei über eigene Heilerfolge, die der Mitteilung wert sind: Eine 44jährige, seit Jahren mit Struma behaftete Patientin litt seit einiger Zeit an Herzklopfen, starkem Schwitzen, Unruhe, Schluckbeschwerden; kein Exophthalmus. Sie wurde acht Tage lang täglich 20 Minuten lang mit einem Strom von zirka 20 M.-A. behandelt, Anode am Rücken, Kathode am Halse; letztere bestand aus einer dünnen Bleiplatte, darunter chemisch reine, ausgekochte Gaze in dicker Lage, mit konzentrierter Jodkalilösung bedeckt. Nach acht Tagen waren die Beschwerden völlig und definitiv verschwunden, der Halsumfang von 39·5 auf 38 cm gefallen. Die Diagnose Basedow läßt Vf. hier in suspenso. Aber auch in einem sicheren Basedowfall, der jetzt noch in Behandlung steht, ist eine wesentliche Besserung eingetreten. Jod läßt sich dabei im Harn, wie im Speichel, noch fünf Tage nach der letzten Sitzung nachweisen; ebenso konnte Jod in der Gazebinde nachgewiesen werden, die unter der Anode am Rücken angebracht wurde. Ohne elektrischen Strom dagegen dringt kein Jod in den Körper; wenigstens konnte Vf. im eigenen Urin kein Jod nachweisen, nachdem er zwölf Stunden am Bein einen Verband mit konzentrierter Jodkalilösung getragen hatte. — Ein dritter Fall betraf ein Mädchen mit fötidem Rachenkatarrh, bei dem die gewöhnliche Behandlung so gut wie nichts genützt hatte. Sie wurde eine Woche lang mit Kupfersulfatlösung auf der Anode, Strom von 4—5 M.-A. in Rachen und Nase behandelt; sechs Wochen später war, als sie wiederkam, eine wesentliche Besserung festzustellen, worauf eine weitere Woche behandelt wurde. Schließlich hat

Digitized by Google

Vf. noch eine Reihe von Hautkrankheiten mit Zink auf der Anode mit gutem Erfolge behandelt. — Eine Frage ist noch, wie viel von der wirksamen Substanz auf diese Weise dem Körper zugeführt wird, und es berechnet sich, daß in dem ersten Falle, in dem acht Tage lang 20 Minuten mit 20 M.-A. behandelt wurde, 0·156 g Jod, entsprechend 3·12 einer 5%igen Jodtinktur, dem Körper einverleibt wurden. — (Hygiea, Juli 1906.)

Das Sajodin. Von L. Datta. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei der Wichtigkeit der Jodtherapie einerseits, der Häufigkeit stärkerer oder geringerer Intoleranz gegen das Mittel anderseits, muß jedes Präparat, das das Jod zu ersetzen verspricht, ohne seine Nebenwirkungen zu besitzen, als willkommen und der näheren Prüfung würdig erscheinen. Das neueste Präparat dieser Art, das Sajodin, das neben 4·1% Ca 26% Jod enthält, hat bisher nur günstige Beurteilung gefunden und verdient daher weitere Prüfung. Daddi hat zunächst an Gesunden Versuche über seine Resorption und Ausscheidung unternommen. Ließ er 0·3 bis 0·4 in doppeltem Kachet rasch verschlucken, so trat die Speichelreaktion, bei vollem wie bei leerem Magen, nach 10—12 Minuten ein; im Urin erschien das Jod nach 15—20 Minuten. Gab er 1 g Sajodin, so fand er im Schweiß (nach Heißluftbädern oder nach 1 g Phenacetin und heißen Getränken) gelegentlich Jod, ebenso in den Tränen; in Exsudaten und Transsudaten konnte er es nicht nachweisen. Wurde die Darreichung abgebrochen, so wurde noch 3—5 Tage lang Jod im Harn ausgeschieden. Das Präparat wird vorzüglich ertragen. Es wurde einer großen Anzahl von Personen lange Zeit hindurch, in einzelnen Fällen bis 6—7 g täglich, gegeben, ohne daß jemals ein Fall von Intoleranz vorgekommen wäre. Drei Personen, die sich gegen andere Jodpräparate als intolerant erwiesen, zum Teile recht schwere Erscheinungen danach gehabt hatten, ertrugen das Sajodin vorzüglich. Die Wirksamkeit des Mittels scheint hinter der anderer Jodpräparate nicht zurückzustehen. Es scheint demgemäß, als ob das Sajodin für den Gebrauch Empfehlung verdient. — (Gazz. degli osped., 16. August 1906.)

Der Wert von Kalziumjodid in der Behandlung von Geschwüren. Von G. Arbour Stephens. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Nachdem Vf. schon in einer früheren Mitteilung über günstige Heilerfolge von der innerlichen Darreichung von Chlorkalzium bei akuten Geschwüren (Frostbeulen) berichtet, hat er in der Zwischenzeit vielfach Gelegenheit gehabt, auch chronische Ulzera mit Kalksalzen zu behandeln. Und zwar wurde gewöhnlich zunächst Chlorkalzium gegeben, täglich dreimal 15 g, und wenn der Heilungsprozeß zum Stillstand kommen wollte, die Kur mit Jodkalzium, dreimal täglich 2 g, fortgesetzt. Die Heilungserfolge, auch bei recht veralteten Geschwüren, waren ganz vorzüglich; sie werden durch neun beigegebene Krankengeschichten belegt. — (The Brith. Med. Journ., 24. Juli 1906.)

Kurze Beiträge zur Wirkung des Viferrals. Von C. Mackh. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. hat im Diakonissenhaus zu Halle a. S. das Viferral (eine polymere Modifikation des Chlorals, das die ätzenden Wirkungen des letzteren verloren hat) ein halbes Jahr lang verwendet; das Mittel wurde stets gerne genommen. Es versagte, wenn Temperaturen über 39° oder wenn starke Schmerzen vorhanden waren; bei rheumatischen und neuralgischen Schmerzen wirkte es dann gut, wenn zwei Stunden vorher Aspirin genommen wurde. Sonst wirkte das Mittel stets gut, besonders bei rein nervöser Schlaflosigkeit. Gewöhnlich kommt man mit 1 g zum Ziel, manchmal sind 1·5 g nötig; ein schädlicher Einfluß auf irgend ein Organ fehlte, auch waren die Patienten nach dem Erwachen stets frei von Kopfweh, Somnolenz etc. Eine Gewöhnung scheint nicht einzutreten. — (Münch. Med. Wochenschr., 31. Juli 1906.)

Ueber Xylol, ein neues Desinfektionsmittel. Von Ebeling. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das Xylol hat als Desinfiziens eine ganze Reihe von Vorzügen: Es greift die

Digitized by Google

Instrumente (auch Katheter!) nicht an, es genügen durchaus kalte Lösungen in Wasser, es ist imstande, selbst die stark widerstandsfähigen Milzbrandsporen in Bouillon zu töten, es wirkt desodorisierend, es alteriert die Haut nicht und ist nicht giftig. Es verdient daher, als Desinfektionsmittel in weitem Umfange angewendet zu werden. — (Reichsmedizinalanzeiger, 17. August 1906.)

Die Intoleranz alter Leute für Heroin. Von Mazzitelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über drei Fälle von schweren Intoxikationserscheinungen bei alten Leuten (76—81 J.) nach der Anwendung der gebräuchlichen Dosen Heroin. — (Soc. Lanc. d. osp. di Roma, 21. Juli 1906; Il Morgagni, 27. Oktober 1906.)

Nervenkrankheiten.

Epileptiker als Autofahrer. Von Fr. Thalwitzer. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Auf Grund zweier von ihm selbst beobachteter Fälle, in denen epileptische Anfälle der Chauffeure die Ursache eines Automobilunfalles waren, erhebt Vf. die Forderung, daß durch Gesetz oder Verordnung Epileptikern untersagt werde, ein Automobil zu steuern. — (Münch. Med. Wochenschr. Nr. 37, 1906.)

Ueber viszerale Pupillenreflexe und Anisokorie von der Milz aus. Von Signorelli. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Aus der medizinischen Klinik zu Rom berichtet Vf. über einige weniger allgemein bekannte Symptome von Seiten der Pupille. Die Pupillen sind sehr empfindlich für alle Reize, die von irgend welcher Zone, Segment, Eingeweide oder Höhle des Körpers ausgehen; man nennt die so entstehenden statischen oder dynamischen Pupillenveränderungen viszerale Pupillenreflexe. Es gilt für sie das Gesetz, daß die abnorme Pupille sich stets auf der Seite des Körpers befindet, wo das erregende Organ liegt; die Pupillen verhalten sich also hiebei nicht solidarisch, und die einfache Betrachtung der Pupillen kann uns so schon wichtige diagnostische Schlüsse erlauben. Die häufigste Veränderung ist die Anisokorie, die immer eine vorübergehende, also funktionelle Veränderung darstellt. Vf. unterscheidet dabei eine statische und eine dynamische Anisokorie; die erstere ist wohl auch vorübergehender Natur, aber sie ist doch während einer gewissen Zeit beständig vorhanden; letztere findet sich bloß dann, wenn die Pupillen in Bewegung sind, und fehlt, wenn sie sich im Ruhezustand befinden. Man kann die Anisokorie feststellen bei Affektionen der Mandeln (akute und chronische Tonsillitis), des Halses (Drüsenschwellungen, Schilddrüsenaffektionen), des Respirationsapparats (Tuberkulose, besonders beginnende und latente, Pneumonie, Pleuritis etc.), des Mediastinums, des Herzens und der großen Gefäße, der Milz.

Bezüglich der Pupillenveränderungen, die von der Milz ausgehen, ein Gebiet, auf dem Vf. besondere Erfahrungen besitzt, läßt sich feststellen, einmal, daß bei Malaria, Typhus und allen sonstigen Affektionen, die mit einer akuten Milzschwellung einhergehen, fast konstant Pupillenveränderungen sich finden, dann, daß diese Veränderungen in einer Differenz bestehen, wobei die pathologische (meist erweiterte) Pupille die linke ist, ferner, daß Milztumor und Anisokorie sich zueinander wie Ursache und Wirkung verhalten, so daß die Anisokorie als Symptom der Milzveränderung anzusehen ist, schließlich, daß die Anisokorie sich erklärt durch die beständige Erregung, die von der abnorm hyperämischen Milz ausgeht und direkt auf dem Wege des Sympathikus oder indirekt durch das Rückenmark zu den Zentren und peripheren Bahnen gelangt, die der Irisdilatation dienen. — (Rif. med. Nr. 40, 1906; Il Morgagni Riv, 27. Okt. 1906.)

Beitrag zur Heilung der sexuellen Impotenz mit Yohimbin Spiegel. Von N. Luzza. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Vf. berichtet über zwei Fälle. In dem einen handelte es sich um einen 48jährigen Mann mit Tuberkulose, im zweiten um einen 25jährigen Mann, der einige Jahre vorher luetisch infiziert war. In beiden

Digitized by Google

Fällen brachte der Gebrauch des Yohimbins (drei Tabletten täglich) binnen zirka 14 Tagen Heilung. Inwieweit an letzterer die strikt anbefohlene Abstinenz mit schuld ist, ist nicht zu entscheiden. Die Heilung dauert jetzt bereits über ein Jahr, bezw. ein halbes Jahr an. — (Gazz. degli osped., 27. Mai 1906.)

Die subkutane Sauerstofftherapie in der Behandlung der Ischias. Von R. Massalongo und G. Danio. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Die Vf. berichten über 20 Fälle schwerer Ischias, bei denen sie subkutane Sauerstoffinjektionen (gewöhnlich innerhalb eines Monats 10—12 Einzeldosen von 250 bis 400 cm³, aber auch mehr oder weniger) angewendet hatten. Innerhalb eines Monats heilten 9 aus, 11 brauchten länger, aber nie länger als zwei Monate. Die Injektionen erwiesen sich als in hohem Grade schmerzstillend, irgend ein unangenehmer Zufall war nie zu verzeichnen. — (Il Policlin. Sez. med., II. 9, 1906.)

Ueber die apoplektiformen Anfälle bei Tabes dorsalis. Von Artur Groß. Ref. Fritz Loeb, München.

Im Verlaufe der Tabes können jederzeit apoplektiforme Anfälle auftreten. 1. Akzidentelle, als eine rein zufällige Komplikation der Tabes mit gewöhnlicher Gefäßerkrankung, Anfälle, die bald durch Gehirnblutung, bald durch Embolie, bald durch Thrombose hervorgerufen werden und sich von gewöhnlicher Hemiplegie in nichts unterscheiden. 2. Syphilogene, bedingt durch spezifisch syphilitische Hirnarterienerkrankung, Anfälle, deren Vorboten in Kopfschmerzen bestehen, deren Ausfallssymptome auf den Lieblingssitz der Arteriensyphilis hinweisen, von thrombotischer Gefäßverstopfung herrühren, oft von kürzerer Dauer und mit anderweitigen Symptomen von Gehirnsyphilis vergesellschaftet sind. 3. Taboessentielle, durch die gleiche (metasyphilitische) Toxinwirkung, wie die Tabes selbst, bedingt. Anfälle, welche zu den Eigensymptomen der Tabes gehören, charakterisiert sind durch ihr oft wiederkehrendes flüchtiges Auftreten und flüchtiges Schwinden und durch das Fehlen jeder anatomisch nachweisbaren Läsion. — (Diss. Erlangen, 1906.)

Eine Operation bei motorischen Lähmungen. Von R. Gersuny, Wien. Ref. A. Haas, München.

Bei plastischen Operationen im Gesicht kommt es vor, daß ein von seiner Innervation getrennter Muskelteil dem Fazialisgebiet der anderen Seite angegliedert wird, ohne daß eine Lähmung zurückbleibt. Gersuny schloß daraus, daß bei Anschluß eines Muskels, dessen Verbindung mit seinem motorischen Nerv unterbrochen war, an einen normal innervierten Muskel eine Lähmung des ersten Muskels nicht eintrat. Er dachte daher daran, durch Vereinigung zweier angefrischter Muskeln die Entstehung eines Gebietes anbahnen zu können, so daß die Funktion des den einen Muskel innervierenden Nerven von dem anderen übernommen werden könnte. Den ersten Versuch nach dieser Richtung machte Vf. bei einseitiger Fazialislähmung mit dem M. orbicularis oris, bei dem er nach Durchtrennung in der Mittellinie seine nicht gelähmte Hälfte in der Nähe des Mundwinkels der kranken Seite mit dem gelähmten Muskelteil vernähte. In kurzer Zeit war die Fazialislähmung geheilt; da die Lähmung erst drei Monate bestand, ist der Fall nicht beweisend. — Bei dem zweiten Falle handelte es sich um eine Lähmung des M. deltoideus. Vf. löste den M. cucullaris vom Acromion und der Spina scapulae, den M. deltoideus von der Scapula ab und vereinigte beide breit miteinander. Nach fünf Monaten war die Beweglichkeit des Schultergelenks normal, beim Heben des Armes kontrahierte sich der M. deltoideus kräftig, war nur noch mäßig atrophisch. Vom N. accessorius aus war elektrisch nur der M. cucullaris erregbar, vom N. axillaris aus keine Kontraktion des M. deltoideus. Der N. axillaris war also nicht wieder leitungsfähig. Es ist nicht ganz klar, auf welchem Wege die Erregung des M. deltoideus zustande kam. Das Resultat der Operation war jedenfalls sehr befriedigend. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1906.)

Digitized by Google

Physikalische Therapie.

Zur physikalischen Therapie der chronischen Nierenerkrankungen. Von Privatdozent Dr. Max Herz, Meran. Ref. Buxbaum, Wien.

Bezüglich der Heilwirkung der Wärme als eines schweißtreibenden Mittels bei den Erkrankungen der Nieren befindet man sich in einer ähnlichen Ungewißheit, wie bezüglich des Zusammenhanges der Haut- und Nierenfunktionen überhaupt. Es ist besser, einzugestehen, daß wir diese Art des Zusammenhanges noch nicht kennen, als uns mit Hypothesen zu befassen, welche auf Kältereize Veränderungen der Zirkulation in den Nieren und durch dieselben Schädigungen des Parenchyms entstehen lassen, wo es doch bekannt ist, daß sich die gesunden Nieren gegenüber den weitgehendsten Druckveränderungen im großen Kreislaufe vollständig gleichgiltig verhalten. Auch die früher allgemein geglaubte Voraussetzung, daß durch den Schweiß die harnfähigen Substanzen aus dem Körper ausgeschieden werden können, hat sich als hinfällig erwiesen. Daß aber akute Nierenentzündungen nach Erkältungen sehr häufig entstehen, wird nicht mehr angezweifelt. Die Durchfeuchtung der Haut scheint überhaupt eine wichtige Rolle zu spielen. Damit steht im Einklange, daß trockene, warme Luft den Nephritikern wohltut. Eine hochtemperierte trockene Luft ist das Sonnenbad. Die Verhältnisse des Sonnenbades sind nur im künstlichen Lichtluftstrombade nachzuahmen, d. h. durch ein elektrisches Lichtbad, in welchem die Luft stetig durch einen leisen, warmen Luftstrom erneuert wird.

Die Aufgaben der Thermotherapie bei Nierenerkrankungen sind: 1. Hautpflege, 2. Einwirkung von trockener, warmer Luft, 3. Schwitzprozeduren, 4. Maßnahmen zur Erzielung einer Wasserretention im Körper, 5. Maßnahmen zur Anregung des Herzens.

Ad 1. Indifferente laue Bäder 2—3mal wöchentlich. An diese schließt Vf. ein dunkles Luftstrombad von 32—34° und 2—3 m Geschwindigkeit an.

Ad 2. Die trockene warme Luft bildet den eigentlichen Heilfaktor. Der Körper wird einer intensiven Luftstrahlung ausgesetzt, es soll ein trockenes Brennen auf der Haut erzeugt werden.

Ad 3. Im Licht-Luftstrombade gibt die Haut enorme Wassermassen in Dampfform ab, und zwar an einen Luftstrom von 35—40°; sehr starke Schweiße erhalten wir in der ruhenden heißen Luft. Die größten Schweißausbrüche finden im Lichtbade unter Einleitung von erhitzter Luft statt. Allen diesen Prozeduren folgt ein indifferenter Luftstrom von 30—34°.

Ad 4. Wasserretention hat den Zweck, eine starke Harnsekretion hervorzurufen und so die Nieren in mildester Form auf Kosten des Verdunstungswassers durchzuspülen. Ein Mittel hiezu ist der Aufenthalt in mit Wasserdampf gesättigtem Raum. Beim Vorhandensein eines Licht-Luftstrombades fällt es nicht schwer, die Wasserdampfabgabe herabzusetzen.

Ad 5 stehen uns CO_2-Bäder zur Verfügung. Das Licht-Luftstrombad kann wegen seiner gleichen Wirkung bei Nierenkranken mit CO_2-Bad konkurrieren. Autor gibt dem ersteren sogar den Vorzug vor dem letzteren und vor allen anderen Wasserprozeduren. Der Autor warnt sogar vor verschwenderischen Wasseranwendungen. Er ist bemüht, durch reichliche Verwendung von indifferenten Luftströmen jene Hautveränderungen hervorzurufen, welche als Grundlage der Wetterfestigkeit gelten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1906.)

Ueber die Wirkung der Stahlwässer auf den Stoffwechsel. Von Ed. van de Weyer und R. Wybauw. Ref. Buxbaum, Wien.

Folgende Tatsachen sind als feststehend anzusehen:

1. Das Stahlwasser erleichtert die Eiweiß- und Kohlehydratabsorption im Darm beträchtlich.

2. Die Zelltätigkeit in den Geweben, unter der Einwirkung des Mineralwassers, ist vergrößert, was sich in der relativ vermehrten Stickstoffausscheidung und einer verminderten Bildung von Harnsäure zeigt.

Die klinische Erfahrung zeigt, daß eine günstige Veränderung in der Blutzusammensetzung bei Blutarmen erst am zehnten

Digitized by Google

bis zwölften Tag einer Kur sich zeigt. Es ist also anzunehmen, daß bei einer Trinkkur auch die Wirkung des Klimas, wenn auch nur geringe Bedeutung hat, daß die Darmabsorption verbessert ist (mit Ausnahme von Fett). Die Wasseraufnahme hat eine reiche Diurese zur Folge. Der Stickstoffumsatz ist belebt. Die Eisenwirkung zeigt sich, wie gesagt, nach zwölf Tagen und erreicht ihr Maximum nach längerer Zeit.

Als zweckmäßige Diät empfiehlt sich, Eiweißstoffe und Kohlehydrate zu verordnen, Fette nur in beschränktem Maße, da ihre Absorption erschwert ist. — (Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther., Nov. 1906.)

Chirurgie.

Hernien. Ref. A. Haas, München.

1. **Die Hernia epigastrica.** Von Oskar Jancke.
2. **Hernien der Linea alba (mediane Bauchbrüche).** Von Dr. Schilling, Leipzig.
3. **Zur Kasuistik der angebornen Hernien der Linea alba.** Von Prof. Dr. Klaußner, München.

1. Jancke stellt 21 Fälle von Hernia epigastrica zusammen, die in den letzten acht Jahren in der chirurgischen Klinik der Berliner Charité operiert wurden.

Aetiologisch kommt nach Vf. vor allem die Durchwucherung der Maschenräume der Linea alba durch Fettklümpchen bei Fettleibigen in Betracht, welche diese Maschenräume erweitern. Dann weist Vf. auf die durch den horizontalen parallelen Faserverlauf geringe Zugfestigkeit der Linea alba hin, welche die Entstehung von Querspalten begünstigt. Fälle von direkter Vererbung einer Hernia epigastrica, also eines Defektes der Linea alba, sind einzelne wenige in der Literatur beschrieben.

Der Inhalt der echten Herniae epigastricae besteht meist aus Netz, seltener aus Darmschlingen oder Teilen des Magens. Unter den Fällen des Vfs. fand sich einmal ein Magendivertikel im Bruchsack, einmal ein Netzzipfel aus dem Omentum minus.

Die Symptome waren in den meisten Fällen Magenbeschwerden; in einem Falle war der Patient direkt neurasthenisch geworden; die erwachsenen Patienten waren durch ihr Leiden sämtlich arbeitsunfähig. Häufig machten die Kranken selbst auf den lokalen Befund aufmerksam. Der größte der zur Behandlung gekommenen Brüche war hühnereigroß, die übrigen kleiner, bis zur Erbsengröße herab. Fünfmal war die Hernia epigastrica noch mit anderen Brüchen, bezw. Bruchanlagen kombiniert.

Sämtliche Fälle, bis auf einen, der an postoperativer Pneumonie zugrunde ging, wurden glatt geheilt. Die Beschwerden verschwanden nach der Operation stets vollkommen.

Nachuntersuchungen über Dauerheilung hat Vf. nicht angestellt. Zur Verhütung von Rezidiven empfiehlt er, den Patienten einzuschärfen, sich beim Heben von schweren Lasten nicht hintenüber zu neigen, da diese Stellung quere Diastasen der Linea alba begünstigt. — (Inaug.-Diss., Berlin 1906.)

2. Schilling will mit seiner Abhandlung insbesondere den Praktiker auf die kleinen Hernien zwischen Nabel und Processus ensiformis aufmerksam machen, die in Deutschland zuerst durch Richter bekannt wurden. Diese Herniae epigastricae findet man gewöhnlich dicht über dem Nabel oder nahe dem Prozessus xiphoideus meist in der Mittellinie, doch auch öfter seitlich davon. Vf. hat bisher nichtbeschriebene, sichelförmig auftretende Hernien links oberhalb des Nabels öfters beobachtet.

Diese Hernien entstehen dadurch, daß die Bindegewebsmaschen der Linea alba durch Abmagerung, Ueberdehnung der Bauchdecken oder Ueberanstrengung der Bauchmuskulatur undicht werden, so daß subperitoneales Fett hindurchschlüpfen kann. Diese subperitonealen Lipome prominieren unter der Kutis als Höcker. Sie haben gewöhnlich einen Stiel, indem ein Gefäß zum Peritonium führt und von dem das Peritoneum parietale trichterförmig nachgezogen werden kann. Dadurch kommt es in vielen Fällen zum Entstehen eines Bruchsackes, der Netz- oder Darmschlingung bergen kann. Nach Plöger waren unter 75 epigastrischen

Digitized by Google

Hernien 31 sogenannte Fettbrüche und nur 44 wirkliche Hernien.

Die Hernia epigastrica findet man meist im Alter von 20—50 Jahren; sie ist selten bei Frauen und Kindern.

Aetiologisch können angeborene Lücken der Linea alba in Betracht kommen, die das Vorkommen bei Kindern erklären. Die Durchtrittsstellen der Gefäße werden meist von den Hernien benützt. Durch langdauernde Ueberanstrengung können bei gleichzeitiger Abmagerung die rautenförmigen Maschen gedehnt und durch eine forcierte Bewegung dann ein Fettträubchen zum Durchtritt gebracht werden.

Die Diagnose ist schwierig, solange der Bruch klein ist. Ist die Hernie einmal erbsen- oder kirschgroß, so sieht man sie am besten, wenn man sich seitlich von dem Patienten, der horizontal auf dem Sofa liegt, stellt, ihn husten oder sich aufrichten läßt; jede Anstrengung der Bauchdecken drängt den Bruch nach vorn. Die Bruchpforte ist anfangs ein Querspalt, nimmt aber mit dem Wachstum der Brüche runde Gestalt an. Die Beschwerden sind häufig unbestimmter Natur: vages Ziehen im Leib, Magendruck, Magenkrämpfe, Dyspepsie, Appetitlosigkeit, Obstipation etc. Sehr häufig kehren die Schmerzen immer zu einer bestimmten Zeit nach der Nahrungsaufnahme wieder und können so heftig werden, daß die Kranken aus Furcht vor ihnen nichts genießen, kolossal herunterkommen und hochgradig nervös werden. Häufig ist die Hernie auf Druck äußerst schmerzhaft. Für den Nachweis einer echten Hernia epigastrica ist das Gefühl eines Anpralls (Anspritzen nach Litten) bei Husten wichtig; Fetthernien geben dieses Gefühl nicht.

Therapeutisch empfiehlt Vf. bei allen epigastrischen Hernien, die Beschwerden machen, die Reposition zu versuchen, die manchmal auch bei Fetthernien gelinge. Zur Retention verwendet er eine elastische Leibbinde mit flacher Einlage. Außerdem ist bei konservativer Behandlung Ruhe und Schonung für längere Zeit nötig. Manchmal bringt auch das monatelange Tragen eines Heftpflasterkreuzverbandes nach gelungener Reposition Heilung. — Allen Kranken, die schnell von ihrem oft sehr schmerzhaften Leiden befreit sein wollen, ist die einfache und ungefährliche Operation anzuraten, nach der bei Fettbrüchen 1—2 Wochen, bei echten Brüchen 3—4 Wochen Bettruhe genügen. Allerdings ist schwere Arbeit, wenn irgend tunlich, für die nächste Zeit nach der Operation zu meiden. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 15, 1906.)

3. Klaußner bereichert die bisher sehr spärliche Kasuistik der angeborenen Hernien der Linea alba um zwei Fälle. Der eine betrifft einen elf Jahre alten Knaben, bei dem sich 13 cm vom Schwertfortsatz in der Mittellinie eine halbkugelige Geschwulst befand, die nach unten vom Nabel begrenzt wurde, ohne mit diesem in Zusammenhang zu stehen. Der Inhalt der Hernie war leicht reponierbarer Darm. Die Operation wurde in diesem Falle verweigert.

Der zweite Fall betrifft ein sechs Wochen altes Kind, bei dem 4 cm oberhalb des Nabels eine 5 cm lange, 3 cm breite Bruchgeschwulst bestand, der Bruchsack war durch eine bindegewebige Spange in zwei Teile geteilt. Die Operation verlief ohne Komplikation. Als Inhalt der Hernie ergaben sich Dünndarmschlingen und Netz.

In beiden Fällen handelt es sich offenbar um einen angeborenen Defekt der Linea alba, die seltenste Ursache der in der Linea alba zur Beobachtung gelangenden Hernien.

Während bei Nabelbrüchen der Kinder die bekannten Heftpflasterverbände gewöhnlich Heilung bringen, bietet diese Therapie bei den Hernien der Linea alba keine Aussicht, weil hier keine physiologischen Vernarbungsvorgänge die Bruchpforte verschließen. Nur auf operativem Wege ist hier ein guter Verschluß zu erreichen und die bisher erzielten Erfolge lassen uns diesen Eingriff mit gutem Recht schon im frühesten Alter vornehmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 42, 1906.)

Digitized by Google

Cholelithiasis.

1. **Ueber Gallensteinkolik ohne Ikterus mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose des Gallensteinleidens.** Von Prof. Dr. Riedel, Jena. Ref. A. Haas, München.
2. **Kritische Betrachtungen auf dem Gebiete der Therapie Gallensteinkranker.** Von Dr. C. B. Schürmayer, Berlin. Ref. A. Haas, München.
3. **Die Prognose und Therapie der Cholelithiasis im Lichte der Statistik und Erfahrung.** Von Adolf Ritter. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

I. Der Ausgangspunkt des nicht reell lithogenen, entzündlichen Ikterus ist die Cholezystitis in ihren verschiedenen Graden. Diese entsteht fast immer auf dem Boden eines Hydrops vesicae felleae; letzterer entsteht langsam im Verlauf an Jahren. Der oberste, meist größte der in der Gallenblase enthaltenen Steine rückt allmählich in den Blasenhals, verlegt den Eingang in die Gallenblase, so daß keine Galle mehr in sie einströmt. Allmählich wird der Gallenfarbstoff resorbiert, ein wasserklarer, meist steriler Inhalt bleibt zurück. Der Hydrops der Gallenblase ist fertig. Sein Träger merkt von dessen Bestehen nichts, er spürt auch nicht die Ansammlung von Eiter in der Gallenblase, bis der sogenannte Gallensteinkolikanfall einsetzt.

Als Ursache einer solchen Attacke können wir zuweilen ein Trauma nachweisen, wie Aufheben einer schweren Last, brüske Palpation, Fahren auf holperigen Wegen etc. Die Attacken verlaufen, je nach dem Inhalt der Gallenblase, verschieden.

Steckt ein Schlußstein im Blasenhals und beherbergt die Gallenblase nur steriles Serum, so kann der oder die Steine vollkommen ruhig bleiben, es braucht keine Attacke aufzutreten, höchstens zeigen sich leichte Störungen, wie Nichtvertragen schwerer Speisen, Uebelkeit nach Fahren auf holperigen Wegen etc. Nicht allzu selten etabliert sich aber in einer solchen Gallenblase, ohne daß jemals Koliken bestanden, in späteren Jahren ein Karzinom. Gewöhnlich jedoch kommt es zu Anfällen, anfangs ganz leichte Schmerzen in der Oberbauchgegend, später besteht dort neben intensiveren Schmerzen lokaler Meteorismus, oft kommt es jetzt auch zum Erbrechen. Bei diesen leichteren Fällen wird nun gewöhnlich ein Magenleiden diagnostiziert, obwohl die Abtastung der Gallenblasengegend, wenn auch keinen Tumor, so doch zirkumskripte Schmerzhaftigkeit ergeben haben würde. Differentialdiagnostisch kommen von Magenerkrankungen höchstens kleine Ulcera pylori ohne Stenosenerscheinungen in Betracht. Diese sind, solange Stenosenerscheinungen fehlen, von Gallensteinkoliken nicht zu unterscheiden. Bei den häufigeren Ulcera antri pylori ist der Schmerz in der Mittellinie lokalisiert; das ist bei Gallensteinen nur ausnahmsweise der Fall. Ulcera duodeni machen differentialdiagnostisch große Schwierigkeiten gegenüber Gallensteinen, solange Stenose fehlt, wenn nicht bei der Attacke ein palpabler Gallenblasentumor entsteht. Fühlt man einen solchen Tumor bei einem Schmerzanfall in der Oberbauchgegend, so muß man wiederum an Wandernieren denken, die häufig genau dieselben Symptome machen, nur daß bei einem durch sie bedingten Kolikanfall der Schmerz nach hinten abwärts schießt. Außerdem können differentialdiagnostisch in Betracht kommen: Adhäsionen, Lues der Leber und der Gallenblase, Schnürleber, beginnende Karzinome im rechten Leberlappen.

Schwere, auf infizierter Basis einsetzende, meist mit Fieber verlaufende Attacken von Cholezystitis machen typische, kaum zu verkennende Symptome: Rasche Auftreibung der Oberbauchgegend, exzessives Erbrechen, enorme lokale Schmerzhaftigkeit. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich Appendizitis in Betracht (bei aufwärts geschlagener Appendix wird der Irrtum oft erst bei der Operation aufgedeckt), ferner akute eiterige Pankreatitis oder Fettnekrose des Pankreas, Vereiterung von Echinokokken und Angiomen der Leber, Durchbrüche von Ulcera pylori et duodeni in präformierte Adhäsionen, dann eventuell Pyonephrosis dentra und gedrehte Netztumoren.

Die schwersten Attacken führen akut zum Durchbruch der Gallenblase entweder in ein vorher verklebtes Hohlorgan oder in die freie Bauchhöhle. In der Mehrzahl der Fälle verlaufen ja die Durchbrüche

Digitized by Google

schleichend, aber trotzdem machen sie des öfteren auch stürmische Erscheinungen. Bei Perforation in die freie Bauchhöhle geht der Kranke ohne rasche Operation sicher zugrunde. In diesen letzten, ganz schweren Fällen wird der lokale Befund selten eine sichere Diagnose erlauben, höchstens wird die Anamnese vorausgegangener Gallensteinkoliken auf den richtigen Weg führen.

Zum Schluß bespricht Vf. noch die Therapie des Gallensteinleidens. War der erste Anfall bei einer reell lithogenen Gallensteinkolik mit Ikterus erfolgreich, so soll man zuwarten, da der Kranke nach diesem einen Anfall geheilt bleiben kann. Jeden erfolglosen Anfall betrachtet Vf. als Indikation für die Exstirpation der Gallenblase. Ist ein Anfall von Anfang an sehr stürmisch, droht eine eventuelle Ruptur der Gallenblase, so soll man sofort operieren. Sind die Steine nach mehreren erfolglosen Anfällen zur Ruhe gekommen, so operiert man à froid. — Nach Vf. kann die Diagnose Gallensteine auch ohne Ikterus in 90 der Fälle gestellt werden. Er schließt mit folgendem Satz: „Der größere Gallenstein soll entfernt werden, bevor er in den Ductus choledochus eintritt, resp. in die freie Bauchhöhle perforiert oder die Entwicklung eines Carcinoma vesicae felleae anregt, und zwar am besten mit der Gallenblase selbst.“ — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 7, 1906.)

2. Schürmayer polemisiert gegen die jüngsten Veröffentlichungen Kehrs, welche die Cholezystektomie als völlig unschädliche Operation bezeichnen und sie zu einer Art von Normaloperation bei der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit stempeln wollen. Vf. glaubt, daß sich das Fehlen der in der Gallenblase stets disponiblen größeren Gallenmenge schädlich geltend macht, wodurch eine hohe Reizbarkeit des Magens und eine Verminderung der Leistungsfähigkeit des Magendarmtraktes entstehe, die für das fernere Leben der Kranken eine strenge Diät erfordern. Außerdem entstehe dadurch hochgradige Verstopfung, die Stühle würden äußerst hart und fest. Alle diese Nachteile seien bedingt durch chronische Cholapenie, die sich einwandsfrei aus der Untersuchung der Fäkalien ergebe. — An der Leber selbst glaubt der Vf. im Anschluß an die Zystektomie lokale Schwellungen nachweisen zu können, die er als örtliche chronische Cholangitis anspricht, hervorgerufen durch die fortwährende Reizung des Leberparenchyms. Durch funktionelle Schwäche infolge von Ueberanstrengung der Leber, durch Mangel der physiologischen Regulierung der normal intermittierenden Gallensekretion, trete eine besondere Art von Ikterus auf, bei dem die Patienten nach Stunden ihre Farbe vom leichtgelben bis zum natürlichen Kolorit wechseln.

Weiterhin werde durch die Ausfüllung des nach der Ektomie bleibenden Wundtrichters mit starrem Bindegewebe die respiratorische Verschieblichkeit der Leber bedeutend gehemmt. Diese respiratorische Verschieblichkeit ist nun ein Hauptregulator der Gallensekretion, und durch Einschränkung der Atemexkursion der Leber wird auch diese nachteilig beeinflußt.

Vf. verwirft die Ektomie als Normalverfahren, weil aus der Entfernung der Gallenblase schwerwiegende Veränderungen des Leberstoffwechsels resultieren können, dann, weil in der Technik dieser Operation das spätere Auftreten von Adhäsionen bedingt ist und endlich, weil sie in den vom Vf. beobachteten Fällen nicht imstande war, echte Rezidive zu verhindern. — (Allg. med. Zentr.-Ztg. Nr. 28, 1906).

3. Die reiche Erfahrung Ritters (4000 Fälle), wie das Ergebnis der Statistik spricht dafür, daß die Cholelithiasis in weitaus den meisten Fällen durch innere Behandlung in das für den Patienten erwünschte Latenzstadium zu bringen ist, so daß die operative Behandlung nur für eine relativ geringe Anzahl von Fällen in Betracht kommt. Abgesehen von den Fällen, wo eine absolute Indikation zur Operation besteht, ist es Sache des Patienten, nach wahrheitsgetreuer Darstellung der Chancen durch den Arzt, zu entscheiden, ob er seine Schmerzen weiter tragen oder sich der Operation unterwerfen will, zumal durchaus keine absolute Garantie gegeben werden kann, daß

Digitized by Google

mit der Operation die Beschwerden völlig verschwinden. (Zurückbleiben von Steinen, Verwachsungen, echte Rezidive!) An die Spitze der Mittel der inneren Medizin gehört die Karlsbader Kur; ein Ausdehnen derselben über die üblichen Wochen, wie Fink verlangt, ist für das Gros der Fälle unnötig; ein Hinausgehen über die Menge von 600—1000 cm³ Wasser täglich (Decker) ist für die Verdauungsorgane nicht gleichgiltig. Von den neuerdings zahlreich empfohlenen „Gallensteinmitteln" scheint das Chologen im Gegensatz zu den meisten anderen nicht ganz wirkungslos zu sein; doch sind die von der Ursprungsstätte des Mittels empfohlenen Dosen zu hoch. Von Urizedin sah Vf. keine Erfolge; die Erfolge der Salizylsäure werden gerühmt. Große Dosen Olivenöl, wie sie gegenwärtig viel verordnet werden, hält Vf. nicht für harmlos, kleine Dosen dagegen (eßlöffelweise) für günstig wirkend durch Regulierung der Darmtätigkeit. — (Münchener Med. Wochenschr. Nr. 33 u. 34, 1906.)

Appendizitis.

1. **Schmerz im Epigastrium als Sympton der Appendizitis.** Von H. Huchard. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.
2. **Ueber die crurale Venenentzündung appendikulären Ursprungs.** Von H. Leontieff. (Aus der chir. Universitätsklinik in Lausanne.) Ref. Fritz Loeb, München.
3. **Ist eine chronische Entzündung des Wurmfortsatzes die Vorbedingung für den akuten Anfall?** Von L. Aschoff. (Aus dem patholog. Institut der Universität Marburg.) Ref. F. Perutz, München.
4. **Die chirurgische und interne Behandlung der Appendizitis.** Von Prof. Dr. Th. Rumpf, Bonn. Ref. Fritz Loeb, München.

1. An der Hand eines typischen Falles weist Huchard auf die praktisch wichtige Tatsache hin, daß das einzige Symptom einer chronischen Appendizitis heftige, eine Gastrosukorrhöe vortäuschende Schmerzen im Epigastrium sein können. — (Journ. des Pratic. Nr. 27, 1906.)

2. Unter die Zahl der Komplikationen der Appendizitis, die auf eine allgemeine Infektion des Organismus zurückzuführen sind, muß man auch die Phlebitis der unteren Extremitäten zählen, die am häufigsten linkerseits sitzt. Bezüglich der seteneren Entzündung der Vena cruralis dextra muß man ein Vorschreiten von einem Thrombus der linken Schenkelvene annehmen, also eine primäre Infektion durch Kontiguität. Das Auftreten einer Phlebitis der Vena cruralis hängt nur von der Virulenz der Infektion und nicht von der Form der Appendizitis ab. Die Prognose ist ernster und zurückhaltender, denn der Kranke befindet sich fortwährend in der Gefahr einer Lungenembolie mit allen ihren unglücklichen Konsequenzen. Nur die chirurgsiche Intervention kann der Etablierung einer Phlebitis zuvorkommen. Die Operation soll sofort nach dem ersten appendikulären Anfall ausgeführt werden, eventuell wird man in zwei Sitzungen operieren, d. h. zuerst durch eine einfache Inzision den Abszeß eröffnen und dann erst später, nach Verschwinden der akuten Symptome, den erkrankten Wurmfortsatz entfernen. Die bereits bestehende Phlebitis ist keine Gegenanzeige zu einem operativen Eingriff. Man ergreife alle Vorsichtsmaßregeln, um eine Embolie zu verhüten. Die Behandlung der Entzündung der Vena cruralis unterscheidet sich in nichts von derjenigen anderer Venenstämme. — (Gynäkol. helv. Nr. 6, 1906.) *)

3. Aschoff wendet sich gegen die von Riedel aufgestellte Lehre, daß dem akuten Anfall das von Riedel als Appendicitis granulosa bezeichnete Stadium vorausgehen müsse. Auch ergibt die Kritik der von Karewski, besonders aber von Oberndorfer angestellten Untersuchungen, die die Riedelsche Lehre stützen sollen, daß es sich bei den dort beschriebenen Granulationsprozessen teils um Ausheilungsvorgänge sogenannter Wandabszesse, teils um hyperplastische Vorgänge im myeloiden Gewebe der Submukosa handelt. Die Verschiedenheit des Materials (Leichen oder Operationsmaterial) bedingen zum Teile die abweichenden Befunde in der Schleimhaut und

*) Siehe die Referate über Phlebitis in Heft 4, Seite 201 und 202.

Digitized by Google

im Drüsengewebe und tragen Schuld an der verschiedenen Deutung. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, 1906.)

4. Jede Appendizitis hat eine durch Mikroorganismen bedingte Aetiologie und einen infektiösen Kern. In Ausnahmefällen sind die Mikroorganismen abgestorben. Die hauptsächlichsten Gefahren, welche dieser Kern mit sich führt, sind von dreierlei Art:

a) Die Infektionserreger dringen infolge einer Perforation des Appendix in so großen Mengen in den Peritonealraum ein, daß die Schutzkräfte des Körpers versagen, und der Tod an allgemeiner Peritonitis erfolgt.

b) Die Infektionserreger rufen intraperitoneale oder extraperitoneale, zunächst abgekapselte Abszesse hervor, die eventuell unter das Zwerchfell gelangen und die Pleurahöhle infizieren, auch wohl in den Darm und die Blase durchbrechen. Solange dieselben bestehen, ist stets die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis oder Sepsis vorhanden.

c) Die Infektionserreger brechen in größere Venen durch und führen zu Abszessen in der Leber, deren Umgebung oder zu allgemeiner Sepsis.

d) Die Infektionserreger führen zu entzündlichen Verdickungen des Peritoneums, zu mannigfachen Schwarten- und Strangbildungen, welche Gefahren für die Funktionen des Darmes und der übrigen Unterleibsorgane im Gefolge haben.

Die ärztliche Aufgabe besteht primo loco in der Entfernung des infektiösen Kernes, soweit diese Entfernung in dem Stadium der frischen Entzündung nicht größere Gefahren setzt, als die Operation nach dem Abklingen der akuten Entzündung.

a) Deshalb ist bei dem Drohen oder dem Bestehen einer allgemeinen Peritonitis sofort zu operieren, zumal sich gezeigt hat, daß auch derartige schwere Fälle in einem gewissen Prozentsatz der Heilung fähig sind. An eine drohende Peritonitis muß man denken, wenn am zweiten Krankheitstage der Tumor in der Fossa ileocoecalis fehlt, die Bauchmuskulatur gespannt, die Zwerchfellatmung beschränkt und der Puls hoch ist.

b) Weiterhin sind alle Fälle mit Abszeßbildung nach gestellter sicherer Diagnose zu operieren, indem dem Eiter der Weg nach außen gebahnt wird. Die Statistik weist darauf hin, daß vom dritten Tage an in der ersten Woche der Erkrankung chirurgische Eingriffe größere Gefahren bedingen, als der Verlauf unter konservativer Behandlung. Ob gleichzeitig mit der Entleerung des Eiters die Entfernung des primären Infektionsherdes angebracht ist, hängt von dem Einzelfall ab.

c) Auch bei bestehenden Erscheinungen von allgemeiner Sepsis wird die Entfernung des Ausgangspunktes versucht werden müssen.

Soweit die Gefahr einer allgemeinen Peritonitis oder die Bildung von größeren Eiterherden durch den infektiösen Kern gering erscheint, empfiehlt es sich, die operative Entfernung des Appendix bis zum Abklingen der akuten Entzündung zu verschieben.

Die Schwierigkeit liegt hier vor allem in der Diagnose und der Prognose. Fälle, in welchen am ersten Tage der Erkrankung (vom ersten Schmerzanfall an gerechnet) das Symptomenbild eine große Schwere zeigt (stärkeres Erbrechen, Aufgetriebensein des Leibes, Beschränkung der Zwerchfellatmung, Spannung der Bauchmuskeln, Puls von 120 (wobei das Fieber weniger ausschlaggebend ist), oder Erscheinungen von Ileus, sind möglichst sofort zu operieren, da die Operation in solchen Fällen geringere Gefahren birgt, als das Bestehen der Krankheit. Auch am zweiten Krankheitstage ist bei starken peritonealen Erscheinungen sofort zu operieren.

Ganz leichte Fälle mit schmerzhaften Koliken des Appendix und Druckempfindlichkeit des Mc. Burney schen Punktes werden nach gestellter Diagnose der Operation zuzuführen sein. (? Ref.) Ihre Behandlung im Schmerzanfalle wird vor allem in der Linderung der Schmerzen oder der Krämpfe bestehen. Da in solchen Fällen kein Fieber vorhanden ist, so dürfte es nicht notwendig sein, die Operation erst Wochen nach überstandenem Anfall auszuführen.

Fälle, welche am ersten Tage ein leichtes Krankheitsbild darbieten (geringes Fieber, Puls von 80—90 bei Schmerzen

Digitized by Google

und ausgeprägtem Tumor in der Ileocökalgegend), geben, von unberechenbaren Zufällen abgesehen, eine gute Prognose und erlauben bei sachgemäßer Behandlung die Verschiebung der Operation bis zum Intervallstadium. Das Gleiche gilt einstweilen für Fälle, welche zwar am ersten Tage mit Fieber, einem Puls von 100—110 mit den geschilderten Schmerzen einsetzen, aber schon am zweiten Tage nach der Bettruhe u. s. w. einen Rückgang des Fiebers und des Pulses auf etwa 100 zeigen, während jedes schwerere Symptom fehlt. Die Verschiebung der Operation ist umso eher gestattet, wenn ein umschriebener Tumor in der Ileocökalgegend beweist, daß um den erkrankten Appendix eine gewisse Schutzmauer sich gebildet hat. Ist das nicht der Fall, so muß man fürchten, daß der Appendix eine anormale und ungünstige Lage hat, welche für operatives Vorgehen ins Gewicht fällt.

Vom dritten Tage an empfiehlt sich, soweit nicht eine Indicatio vitalis vorhanden ist, von einer intermediären Operation abzusehen und die konservative Behandlung durchzuführen unter Anwendung strengster Ruhe, Beschränkung der Nahrung, Opiumdarreichung und Kälteeinwirkung bis zum Abklingen starker lokaler Schmerzen, oder solange dieselbe vertragen wird.

Da aber der appendizitische Anfall in der Regel wiederkehrt, und nur ganz ausnahmsweise nach einer Anzahl von Attacken ausbleibt, da ferner jede Wiederkehr in kürzester Frist die Gefahren einer allgemeinen Peritonitis oder einer Sepsis mit sich führt, so ist einige Zeit nach Ablauf des ersten zweifellosen Anfalles, resp. nach gestellter Diagnose der gefährliche Gast operativ zu entfernen. Nach den seitherigen Erfahrungen empfiehlt es sich, die Operation etwa sechs Wochen nach abgelaufener Appendizitis auszuführen. Die gleiche Indikation besteht in Fällen mehr schleichend verlaufender Appendizitis oder appendizitischer Beschwerden.

Rezidivierende Appendizitis ist ebenso zu behandeln, wie der akute frische Fall; es empfiehlt sich nicht, allzu sehr darauf zu bauen, daß durch vorhergegangene Attacken ein gewisser Wall gegenüber der diffusen Peritonitis sich entwickelt hat. Besonders solche Rezidive, die nach jahrelangem freien Intervall auftreten, können sehr schwer verlaufen.

Gegen den prinzipiellen Ersatz der Intervalloperation durch Frühoperation bei einem Rezidiv von Appendizitis, wie ihn Sprengel vorschlägt, hat Rumpf das Bedenken, daß die Frühoperation eine größere Mortalität aufweist, als die fast gefahrlose Intervalloperation. Bei vorangegangenen, besonders schweren Attacken von Appendizitis, deren Träger die nachherige Intervalloperation versäumt haben, wird es sich empfehlen, der Indikation für die Frühoperation größeren Raum zu gewähren.

Die Prophylaxe der Appendizitis beruht, soweit sie überhaupt möglich ist, in dem Fernhalten von schädlichen Substanzen (Fremdkörpern, Mikroorganismen, ungekochten Speisen), von der Einfuhr in den Magendarmkanal, in der Sorge für rationelle Ernährung und regelmäßige Entleerung des Darmes. — (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung Nr. 16, 1906.)

Ueber die chirurgische Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Von Primararzt Dr. K. Büdinger. Wien. Ref. A. Haas, München.

Seitdem Ulrich Rosa und Birchgrevink fast gleichzeitig nachwiesen, daß Spontanheilungen der Peritonealtuberkulose relativ häufig sind, ist für und gegen die Laparotomie bei dieser Erkrankung viel geschrieben worden. Vf. betont mit Recht, wie schwer die Entscheidung der Kardinalfrage ist, nämlich ob es Fälle gibt, welche nicht bei exspektativer, wohl aber bei operativer Behandlung heilen, ob die Laparotomie vermag, die Heilung anzubahnen oder zu beschleunigen. Die Schwierigkeit liegt darin, daß sich eine nach der Operation eventuell noch fortbestehende trockene Peritonitis in den allermeisten Fällen unserer Beobachtung entzieht. Hat man doch Jahre nach der Operation bei Patienten, die an interkurrenten Krankheiten mitten in scheinbarem Wohlbefinden zugrunde gingen, das Peritoneum mit Knötchen übersät gefunden. Eine einigermaßen plausible Theorie für

Digitized by Google

die Wirkung der Laparotomie bei der tuberkulösen Peritonitis gibt es nicht, der operative Eingriff ist also theoretisch schlecht begründet, auch nicht ganz ungefährlich, und dennoch behauptet er sich. Das rührt einmal von dem „faszinierenden" Eindruck, den die Operation so oft macht, wenn sie bei Menschen zum Verschwinden aller Krankheitssymptome führt, bei denen vorher alle Hilfsmittel der inneren Therapie fruchtlos versucht waren; dann aber hat die Operation oft die Bedeutung einer kausalen Therapie, wenn es gelingt, den primären Herd, z. B. eine Tube, zu entfernen.

In Bezug auf die technische Seite legt Vf. keinen Wert auf die vollständige Entleerung des Exsudats, dann drainiert er nicht, da er sich für den Fall einer Wiederansammlung des Exsudats eine widerstandsfähige Narbe sichern will.

Will man operieren, so soll man nicht allzu viele Zeit mit internen Mitteln versäumen und den Eingriff vornehmen, solange die Mazies noch nicht allzu hochgradig ist.

Die trockene Peritonitis tuberculosa an sich gibt keine Indikation zur Operation; Fehldiagnosen haben bei ihr schon oft zu operativen Eingriffen geführt, meist aber sind es ihre Folgezustände (Darmverschluß durch abknickende Verwachsungen; hochsitzende, die Ernährung störende Darmfisteln), die solche erfordern. Sehr oft ist ja die trockene Form nicht diagnostizierbar. Immerhin ist aber schon oft ein überraschendes Zurückgehen tuberkulöser Infiltrate nach der Operation beobachtet worden.

Bei der ulzerös-eiterigen Form der tuberkulösen Peritonitis läßt sich durch Eröffnung der Abszesse öfters eine Hebung des Allgemeinbefindens erzielen. — (Wien. med. Presse Nr. 8 u. 9, 1906.)

Die konservative und operative Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Von Dr. J. Bogdanik, Krakau. Ref. A. Haas, München.

Vf. betont die Notwendigkeit des Individualisierens auch bei der Behandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Die konservativen Maßnahmen sind heute sehr ausgebildet, sie haben durch das Bier sche Stauungsverfahren eine wertvolle Bereicherung erfahren. Von der Kombination der Jodoforminjektionen mit Stauung hat Vf. keine guten Resultate gesehen; er wendet daher die eine oder die andere Methode an. Bei der Kniegelenktuberkulose war Vf. mit der Stauungsmethode im allgemeinen nicht zufrieden.

Versagt die längere Zeit fortgesetzte konservative Behandlung, so nimmt Vf. seine Zuflucht zur operativen Behandlung: bei Osteomyelitis tuberculosa werden die Herde eröffnet und entfernt; dann, 14 Tage nach der Operation, wird gestaut, worauf sich die Höhlen gewöhnlich rasch ausfüllen. Bei den Gelenken wird reseziert; für das Fußgelenk empfiehlt Vf. wiederum warm seine Resektionsmethode. Auch die sozialen Verhältnisse der Kranken können zur Operation nötigen. — Sehr schlechtes Allgemeinbefinden, vorgerücktes Alter erheischen auch heute noch die Amputation. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 11, 1906.)

Ueber den Blutbefund bei der Bierschen Stauungstherapie. Von Dr. E. Stahr. (Aus der chirurgischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals, Krakau.) Ref. A. Haas, München.

Vf. hat in zehn Fällen, bei welchen die Bier sche Stauung angewandt wurde, genaue Blutuntersuchungen vorgenommen. Es hat sich als sicher herausgestellt, daß in dem gestauten Körperteil eine lokale Leukozytose entsteht, und zwar schon dann, wenn die Gewebe noch nicht mit Serum durchtränkt sind. Die überwiegende Vermehrung erfahren die Lymphozyten.

Zur Erklärung der Leukozytose ist vor allem die Verlangsamung des Blutstroms heranzuziehen, ferner eine gesteigerte Chemotaxis, da die von dem Krankheitsherd ausgehende Noxe hinter der Binde sich ansammelt, endlich eine gesteigerte Produktion der hämatopoëtischen Organe des betreffenden Gliedes, da wir ja aus Biers eigenen Versuchen wissen, daß die Hyperämie sich auch auf das Knochenmark erstreckt.

Durch die lokale Leukozytose steigt auch die Phagozytose, die sicher bei der Wirkungsweise der Stauung ein wesent-

Digitized by Google

liches Moment ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9, 1906.)

Geburtshilfe.

Kindersterblichkeit bei engem Becken. Von August Werner. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen.) Ref. Fritz Loeb, München.

Von 254 Geburten bei engem Becken waren 194 spontan verlaufen, 60 mußten künstlich beendet werden. Ebenso wie bei normal gebauten Frauen die spontanen Geburten die besten Resultate in Bezug auf das Leben des Kindes geben, haben sie auch in den Fällen des Vfs. die geringste Mortalitätsziffer, 3·5%, zu verzeichnen. Der Tod dieser Kinder war durch eine tiefe Asphyxie, die sich infolge des langsamen und beschwerlichen Durchtrittes durch den verengten Beckenkanal eingestellt hatte, bedingt worden. — (Diss., Gießen 1906.)

Lumbalpunktion bei puerperaler Eklampsie. Von F. Proud. Ref. A. Haas, München.

Proud hat in zwei Fällen von Eklampsie, wo nach der Geburt die Anfälle nicht aufhörten, die Lumbalpunktion mit Erfolg angewandt. Er empfiehlt, in derartigen Fällen das Verfahren zu versuchen. — (Brit. Med. Journ. Nr. 2360, 1906.)

Die Morbidität im Wochenbette bei präzipitierten Geburten. Von Anton Baumann. Ref. Fritz Loeb, München.

Obgleich bei präzipitierten Geburten Rißverletzungen häufiger vorkommen als bei normalen, ist die Art der Verletzung nicht schwerer wie bei diesen. Auch die Heilung nimmt keinen von dem gewöhnlichen abweichenden Verlauf. Dagegen ist die Morbidität im allgemeinen bei präzipitierten Geburten größer wie bei den normal verlaufenden. Die Schwere der Erkrankung überwiegt aber nicht diejenige nach normalen Geburten. Die regelmäßig in der Vulva und Vagina vorhandenen Keime sind in der Regel ziemlich harmlos. Es kommen aber bei präzipitierten Geburten viel mehr Erkrankungen vor, eine Tatsache, die für die prophylaktische Behandlung der Schwangeren eine beredte Sprache spricht. Die exogene Infektion bleibt immer das Wichtigste; denn die ganz unberührten präzipitierten Geburten sind viel besser daran als die berührten. — (Diss., Gießen 1906.)

Unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft. Von Williams. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren kann auf drei verschiedenen Faktoren beruhen, auf Reflexwirkung, auf einer Neurose oder auf einer Toxämie. Eine Reflexwirkung kann ausgehen von Abnormitäten des Genitaltraktes oder des Ovulums; ihre Beseitigung beseitigt auch das Erbrechen. Besteht eine Neurose, so handelt es sich meist um hysterieartige Zustände; in den meisten Fällen von Schwangerschaftserbrechen liegt diese Form vor; sie wird bekämpft durch Ruhekur und Suggestivbehandlung. Der toxämische Typus ist verbunden mit charakteristischen Aenderungen des Stoffwechsels und in übel ausgehenden Fällen schließlich mit solchen in der Leber, ähnlich denen bei der akuten gelben Atrophie; in akuteren Fällen kann diese Form in 8—10 Tagen töten, in chronischen kann sie Wochen und Monate bestehen. Während man bei den beiden anderen Formen keine Urinveränderungen findet, ist bei der toxämischen der Harnstoff auf Kosten des NH_3 vermindert; letzterer kann bis 46% des Gesamt-N enthalten. Dieses Verhalten dient als diagnostisches Erkennungszeichen der toxämischen Form, wie die Genitaluntersuchung für die reflektorische; sind beide ausgeschlossen, so handelt es sich um die neurotische. Die Prognose der beiden letzteren ist bei geeigneter Behandlung sehr gut, so daß es selten zu künstlicher Frühgeburt kommt; bei der toxämischen Form kann letztere allein das üble Ende abwenden, und das nicht immer. — (John Hopkins Hospital Bull., März 1906.)

Digitized by Google

Urologie.

Hypertrophie der Prostata. Ref. A. Haas, München.

1. **Ueber Prostatahypertrophie.** Von Dr. Otto Zuckerkandl.
2. **Ueber die durch Prostatahypertrophie bedingten Harnstörungen und ihre operative Behandlung.** Von C. Ostermann, Braunschweig.
3. **Ueber Prostatektomie.** Von Gustav Lochner, Aachen.

1. Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick über die verschiedenen Theorien der Natur der Prostatahypertrophie bespricht Vf. zunächst die Anatomie der hypotrophischen Prostata, die kaum jemals gleichmäßig ist, da bald der eine, bald der andere Anteil von der Hypertrophie betroffen wird: bald ist nur der vesikale Anteil hypertrophiert, bald nur der vom Rektum tastbare Teil, bald beide. Durch Erhebung der Prostata gegen die Blase wird die Blasenmündung verschieden verändert: zapfen- und ringförmige Bildungen flankieren oder umgeben die Mündung der Harnröhre oder es entsteht durch Hebung der hinteren Sphinkteranteils ein Wall etc. Häufig wird die Blasenmündung durch die Seitenlappen der Prostata zu einem engen Spalt zwingenförmig komprimiert.

Die Untersuchung bei Prostatahypertrophie ist zunächst eine rektale in Knie-Ellenbogenlage; der in den Mastdarm eingehende Finger stellt fest, ob die Prostata weit nach abwärts reicht, ob die Lappen scharf umschrieben sind oder ob die Prostata diffus in die Blasenwand übergeht; dann orientiert man sich über Konsistenz, Größe und Form der Lappen. Dann stellt die Untersuchung mit dem Katheter Länge und Weite der Urethra, eventuelle Vulnerabilität der Prostata (Blutung), dann die Konsistenz der Wände im prostatischen Teil, die Krümmung der Harnröhre fest; der ablaufende Harn gibt ein Maß für die Suffizienz der Blase.

Mit Hilfe der Zystoskopie sehen wir Größe, Form und Lage der in die Blase ragenden Prostatalappen, dann die Beschaffenheit der Schleimhaut über der Prostata und der Blase selbst.

Im Verlaufe der Prostatahypertrophie unterscheidet Vf. drei Stadien, zunächst das der kompensierten Hypertrophie, während dessen die Blase durch Hypertrophie ihrer Muskulatur das Hindernis zu überwinden vermag. Die Symptome sind vermehrter Harndrang und erschwerte Miktion; sie treten besonders des Nachts auf. Nach der spontanen Harnentleerung ergibt Katheterismus eine leere Blase.

Das zweite Stadium ist das der gestörten Kompensation. Es tritt entweder akute, rasch vorübergehende, komplette Harnretention auf oder es kommt bei erhaltener Fähigkeit der Miktion zur Harnstagnation, zum Auftreten von Residualharn.

Die subjektiven Symptome nehmen gegenüber dem ersten Stadium an Stärke zu.

Das dritte Stadium, das der Harnintoxikation, kann aus dem zweiten hervorgehen oder unvermittelt auftreten. Trotz der Fähigkeit der spontanen Miktion nimmt der Residualharn zu, die Blase wird immer mehr überdehnt, der gesteigerte Druck führt zu Störungen der Nierenfunktion, wir finden Harninkontinenz des Nachts und Polyurie. Durch die gestörte Nierenfunktion kommt es zu unstillbarem Durst, zu Appetitlosigkeit, in schweren Fällen zu Erbrechen, zu rascher Abmagerung und Kachexie.

Die Komplikationen, die oft rasch das Krankheitsbild ungünstig beeinflussen, sind zunächst die Infektionen der hypertrophischen Prostata, dann die Epididymitis und die Zystitis, schließlich die Hämaturie.

Therapeutisch verlangt Vf., daß die konservativen Maßnahmen neben der Operation zu ihrem Rechte kommen. Für das erste Stadium empfiehlt er ein geregeltes, einfaches Leben, Vermeidung von Wagen- und Bahnfahrten, entsprechende Bewegung im Freien und Vermeidung jedes örtlichen Eingriffes. Bei akuter, kompletter Harnretention entleert man die Blase dreimal in 24 Stunden, am besten mit dem Tiemannschen Kautschukkatheter. Unter entsprechender Allgemeinbehandlung geht die akute Harnretention gewöhnlich in einigen Tagen zurück.

Digitized by Google

Bei der chronischen Harnverhaltung wird man heute, wenn man nicht die absolute Garantie hat, daß der Katheterismus von den Kranken aseptisch ausgeführt wird, zur Operation schreiten, allerdings versuchen, dieselbe in einem Stadium der Ruhe gewissermaßen à froid auszuführen: eine akute Zystitis muß abgeklungen, eine heftige Blutung, wenn möglich, gestillt, chronische Urämie muß wenigstens gemildert sein, ehe man an die Operation geht. Vf. empfiehlt die Operation in allen Fällen von chronischer kompletter Harnverhaltung, bei inkompletter dann, wenn örtliche Störungen (Harndrang, Schmerzen, Blutungen, Schwierigkeiten des Katheterismus) oder allgemeine Zeichen der Harnintoxikation vorhanden sind. Kontraindikationen sind: Diabetes, Arteriosklerose und renale Prozesse.

Eine nach abwärts prominierende Hypertrophie wird man perineal, eine gegen die Blase vorragende Form suprapubisch angreifen. In vielen Fällen wird für die Wahl der Operationsmethode die Vorliebe des Operateurs maßgebend sein.

Vf. bevorzugt die suprapubische, transvesikale Methode, trotz ihrer höheren Mortalität, weil die Technik und Nachbehandlung einfacher, die Heilungsdauer kürzer ist, als bei dem perinealen Verfahren, außerdem fehlt die Gefahr der Mastdarmverletzung und die der perinealen Operation folgende Impotenz. — (Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 15 u. 16, 1906.)

2. Die Arbeit Ostermanns geht im großen und ganzen von denselben Gesichtspunkten aus, wie die Arbeiten von Zuckerkandl und Lochner. Sie basiert auf drei perineal operierten Fällen, die in Heilung ausgingen. Zur Anästhesie empfiehlt Vf. die Lumbalanästhesie nach Bier, und zwar mit Novokain-Suprarenin. Die Technik, die er für die perineale Operation empfiehlt, ist im allgemeinen die von Young eingeführte, mit Eröffnung der Harnröhre und Einführung des Youngschen Retraktors, der es ermöglicht, auch stark gegen die Blase zu entwickelte Mittellappen vom Damm aus zu exstirpieren. Eine mittlere, der Harnröhre entsprechende Gewebsbrücke wird erhalten, um Ductus ejaculatorii und die Gefäße zu schonen.

Die perineale Methode zieht Vf. der suprapubischen vor, weil nach letzterer häufig Nachblutungen beobachtet wurden, weil der Abfluß der Wundsekrete nicht gesichert sei, weil bei sehr starken Leuten und dann auch bei Schrumpfblase die Ausschälung Schwierigkeiten biete, und schließlich, weil bei harten, fibrösen Formen die Operation doch vom Damm aus beendet werden müsse. — (Inaug.-Diss., Leipzig 1906.)

3. Lochner bespricht an der Hand dreier auf der Marwedelschen Abteilung des Luisen-Hospitals in Aachen mit Prostatektomie behandelter Fälle von Prostatahypertrophie die Therapie dieses Leidens. Er schildert zunächst die Geschichte der beiden heute hauptsächlich üblichen Operationsmethoden, der besonders von Freyer ausgebildeten Prostatectomia suprapubica und der besonders von Czerny, Miculicz, Zuckerkandl, Young und Riedel geübten Prostatectomia perinealis. Nachdem die Technik dieser Methoden in den letzten Jahren bedeutend vervollkommnet wurde, beträgt die Mortalität der in der Literatur der letzten drei Jahre niedergelegten Fälle für die suprapubische Methode 9·8%, für die perineale Methode 6·7%.

In technischer Beziehung kommt Vf. auf Grund seiner selbstbeobachteten Fälle und der Literatur zunächst zu dem Schlusse, daß man die Eröffnung der Harnröhre nicht zu scheuen braucht. Derartige Wunden heilen meist glatt, und man hat anderseits den Vorteil, daß man die Blase genau abtasten kann. Ja, man kann nach Freyers Vorgang die ganze Pars prostatica urethrae im Notfalle mit entfernen, ohne schädliche Folgen, sogar die Kontinenz bleibt erhalten, indem für den Sphincter prostaticus andere Muskeln des Beckenbodens eintreten, besonders der M. transversus perinei profundus. Der Sphincter internus ist bei der Prostatahypertrophie ja meist schon längst unwirksam geworden.

Bei beiden Methoden der Prostatektomie läßt sich die Zerreißung der Ductus ejaculatorii manchmal nicht vermeiden;

Digitized by Google

dies bedingt natürlich Impotentia generandi. Aeltere Prostatiker werden diese Unannehmlichkeit eben in den Kauf nehmen müssen, wenn sie von ihrem quälenden Leiden befreit sind, zumal ja die Potentia coeundi erhalten bleibt. Bei jungen Männern wird man den Vorschlägen Rydygiers und Riedels folgen, daß man an beiden Seiten der Harnröhre einen Streifen der Prostata stehen läßt.

Die Vorzüge der perinealen Methode sind im ganzen, daß die Mortalität geringer ist, daß keine doppelte Blasenwunde entsteht, daß die Drainage nach abwärts erfolgt, die Gefahr der Harninfiltration geringer ist, die ganze Operation unter Leitung des Auges ausgeführt werden kann, daß man endlich soviel von der Drüse wegnehmen kann als man will.

Bei der suprapubischen Methode fällt die Gefahr der Mastdarmverletzung fort, die Blutstillung ist leichter und die Technik ist einfacher.

Nach der Operation kehrt der infolge jahrelanger Ueberlastung durch Retention vollständig verloren gegangene Tonus der Blasenmuskulatur merkwürdigerweise fast regelmäßig wieder.

Das Karzinom der Prostata macht sehr früh Metastasen, kann deshalb nur selten Gegenstand einer radikalen Operation sein. Nur für inoperable Prostatakarzinome empfiehlt Vf. die Röntgen-Therapie.

Die Indikation zur Operation stellt Vf. für die Patienten, bei denen ein durchaus aseptischer Katheterismus auf die Dauer nicht möglich ist; ferner, wenn Katheterismus sehr häufig nötig, mit Schmerzen oder Blutungen verbunden oder durch falsche Wege erschwert ist, dann bei gleichzeitigem Vorhandensein von Konkrementen, bestehender Zystitis und endlich bei geringstem Verdacht auf maligne Degeneration der Prostata. — (Inaug.-Diss., Leipzig 1905.)

Dermatologie.

Zur Kenntnis der Hautgeschwülste. I. Naevi. Ref. Nobl, Wien.

Die Schwierigkeiten, welche sich der richtigen Klassifizierung vieler Neubildungen innerer Organe entgegenstellen, türmen sich oft ins unüberwindliche, wenn es sich darum handelt, ähnlichen, von den Elementen der allgemeinen Decke ausgehenden Formationen die ihrem pathogenetischen Wesen entsprechende Definition zu verleihen. Die häufige Mitwirkung entzündlich-infektiöser Begleitphänomene, das nicht zu seltene Eingreifen kongenitaler Vorbedingungen, die labilen Grenzen zwischen Hyperplasie und Neoplasie können als ebensoviele komplizierende Momente ins Feld geführt werden, welche oft genug der einheitlichen Diagnosestellung in klinischer und anatomischer Hinsicht hindernd im Wege stehen. Dementsprechend sehen wir den Begriff der Geschwulstbildung in keinem weiteren Zweig der angewandten Pathologie soweit gefaßt und in seinen Grenzen so elastisch gehalten, als in der Dermatologie. Die im Sinne der Virchowschen Lehre geübte genetische Aufteilung liefert zwar genügende Anhaltspunkte, um eine erste Sonderung durchführen zu können, doch gewinnt das ätiologische Prinzip auch in diesem Gebiete immer mehr an Boden und rüttelt bedenklich an den Grundpfeilern der überkommenen Lehrmeinungen und Auffassungen; hiezu kommt noch, daß auch die immer häufiger verfolgten Uebergänge von entzündlichen Veränderungen in Neoformationen und von benignen Ansätzen in wuchernde, bösartige Gewebswucherungen, einen regeren Wandel in der Lehre von den Geschwülsten der Haut anbahnen.

Hier wäre gleich auf die formenreiche Gruppe der Naevi hinzuweisen, die zwar nach wie vor in der Klasse der gutartigen Neubildungen figurieren, jedoch seit langem nicht mehr das in sie gesetzte Vertrauen dem alten Umfange nach rechtfertigen, namentlich seitdem die genauere Erforschung ihres Baues, die epitheliale Abstammung der Grundelemente mehr als wahrscheinlich macht und die Klinik ihrem Bestande Läsionstypen zuführt, deren Zugehörigkeit früher nicht vermutet werden konnte. So mehren sich stets die Untersuchungen, welche die Nävusnatur von Geschwulstformationen aufdecken, die bald von der Geburt oder

Digitized by Google

von den ersten Lebensjahren oder spätestens von der Pubertät an bestehen und in regelmäßiger Verteilung, als mohn- und hanfkorngroße, bald normal gefärbte, bald dunkelrot erscheinende Knötchen, den Nasenrücken, die Nasenflügel, die Lippen, Kinn, Stirne bedecken. In einer Reihe der hieher zu rechnenden Beobachtungen sind die Geschwülste aus einer Anzahl von Strängen und deren Netzen aufgebaut, welche sich aus indifferenten Epithelzellen zusammensetzen. Durch kolloide Degeneration der Epithelzellen kommt es vielfach zur Bildung kleinster Zysten. Illustriert wird dieses als Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) oder Trichoepithelioma multiplex papulosum (Jarisch) festgehaltene Krankheitsbild neuerdings durch zwei zugehörige Wahrnehmungen von J. Csillag, der, wie so häufig, das familiäre Auftreten bei Mutter und Tochter verfolgen konnte. (Arch. f. Derm. und Syph., Bd. 80, H. 2.)

Ein 19jähriges Mädchen zeigt um die Zeit der Menstruation aufgeschossene, miliumartige, weiße Bildungen, welche das ganze Gesicht, die Lider nicht ausgenommen, überdecken. Die 36jährige Mutter will an sich ähnliche Knötchen an der Stirne und den Wangen erst nach Beginn des Leidens der Tochter beobachtet haben. Bei beiden Kranken wurden die bis ins Capillitium reichenden Bildungen mit Schere und Galvanokauter abgetragen. Bezüglich der Entstehung geben die in einem der Fälle erhobenen Gewebsverhältnisse Anhaltspunkte dafür, daß die Tumoren unmittelbar aus dem Deckepithel, oder den äußeren Wurzelscheiden ihren Ausgang nehmen und ihre eigenartige Struktur nicht differenzierten embryonalen Epithelzellen verdanken. Die in den Tumoren befindlichen Zysten sind teils auf kolloide Entartung von Zellkomplexen, teils auf Abschnürung von Follikeln und Talgdrüsen zurückzuführen (Retentionszyten) miliumartig sich abhebende Erscheinungen im klinischen Bilde entsprechen dem letzteren Gewebsvorgang. Embryonale Haarpapillen, welche ab und zu im Aufbaue zur Beobachtung gelangen, resultieren aus Basalzellgruppen des Deckepithels, die zu abnormer Wucherung neigen.

Auch für jene Formen, bei welchen vermehrte und erweiterte Blutgefäße und zellreiches Bindegewebe die Geschwulstbildung bestreiten und die nach Dariers Vorschlag als Naevi vasculaires et verruqueu de la face bezeichnet werden, vermag Csillag weitere Hinweise zu liefern. Das Gesicht dicht übersäende, hanfkorngroße, prominente, dunkelrote, von ektatischen Gefäßen vaskularisierte Wucherungen verunstalten das Gesicht einer 28jährigen Frau. Unter dem Mikroskop erweisen sich die Bildungen als eine Verschmelzung von vermehrten zellreichen Kollagen und ektalischen und neugebildeten Kapillargefäßen. Elastische Fasern fehlen, so auch das normal Basalzellenpigment. Hingegen ist die auch von Darier und Kopp verzeichnete Pigmentanhäufung in der Papillarschichte auffällig. Der Befund von Riesenzellen ist hier zum erstenmal ermittelt. (Arch. f. Derm., Bd. 80, H. 1.)

Die endgiltige Einreihung in die Gruppe der symmetrischen Gesichtsnaevi erfährt neuerdings auch jene im klinischen Aussehen wohl gekennzeichnete Anomalie, welche seit der ursprünglichen histologischen Definition Pringles unter dem Namen des Adenoma sebaceum zur Beschreibung und Demonstration gelangt. Daß bei dieser Läsionsform die Talgdrüsen in keiner Weise mitbeteiligt sind und der histologische Bau die Auffassung als Adenom nicht rechtfertigt, hat G. Riehl an dem wohl bisher noch nicht vereinten Testmaterial von fünf Beobachtungen zur Entscheidung gebracht. Nach Riehls Erfahrung setzen die Veränderungen in frühester Kindheit oder erst in der Pubertät, gelegentlich auch im Anschluß an akute Infektionkrankheiten (Scharlach, Masern, Blattern im Kindesalter) ein, wobei die vorzüglich das Gesicht einnehmenden Geschwülstchen auch über andere Körperregionen zerstreut sein können. Von den Kranken Riehls sind zwei Zwillingsschwestern. Die Heredität zeigen in eklatanter Weise drei weitere Patienten, es sind dies ein Vater mit zwei erwachsenen Töchtern, drei Brüder des-

Digitized by Google

selben, gleich seinem Vater und Großvater, litten an der gleichen Affektion. Die Brüder starben ohne Nachkommen. In allen fünf Beobachtungen sind die typischen Gesichtsveränderungen mit Zottenbildung an der Mundschleimhaut und mit Knotenansätzen am Nagelfalz einzelner Finger und Zehen, sowie mit Veränderungen im Wachstum der Nagelplatten verbunden. Die erwiesene Heredität des Gesichtsprozesses, seine Kombination mit Mißbildungen und Intelligenzdefekten ergeben vielfache Parallele mit der Neurofibromatose v. Recklinghausen und wird von Riehl das Krankheitsbild mit vollem Recht in das Gebiet der embryonal vorgebildeten Anlagen verlegt und daher der Gruppe der Naevi im weiteren Sinne subsumiert. Zur Kennzeichnung des, dem histologischen Befunde nach auf eine Anbildung von Bindegewebe und Blutkapillaren zurückzuführenden Prozesses, schlägt Riehl die Bezeichnung Naevus multiplex Pringle vor. — (Wien. klin. Wochenschrift Nr. 36, 1906.)

Die vielen Lücken, welche sich in der Kenntnis der kongenitalen Pigmentgeschwülste fühlbar machen, trachtet Pollio, wenigstens soweit sich dieselben auf die hellbraunen Pigmentnaevi, Epheliden, Lentigines und der Farbstoffbildung bei der Recklinhausenschen Krankheit (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 80, H. 1) beziehen, zum Ausgleich zu bringen. Die glatten, milchkaffeeähnlichen, nie infiltrierten Flecke, wie solche sich häufig im Gesicht und an den Händen bis zur Flachhandgröße entwickeln und überdies an allen sonstigen Körpergegenden ohne bestimmte Anordnung zerstreut zu sein pflegen, hat Pollio 12mal untersucht. Von Zellhaufen und Nestern, die an die bekannten Bilder bei den weichen Naevis erinnern, war in 11 von 12 Präparaten nichts zu finden. Die typischen Epheliden zeigen den analogen Bau. Die als weiche Naevi aufgefaßten Lentigines hat Pollio 30mal untersucht. In zwei Drittel der Fälle waren die Naevuszellhaufen dominierend im Gewebsbilde, ohne einen Zusammenhang mit dem Epithel aufzuweisen, dagegen war in einem Drittel die Bildung von Naevuszellnestern zu vermissen. Bei Recklinghausen entsprechen die „Pigmentations ponctiformes" den Lentigines, die „Pigmentations en plaques", den von Pollio untersuchten, großen, hellen Pigmentflecken. Nach den Untersuchungen möchte Pollio folgende Einteilung treffen: I. Reine Pigmentnaevi, a) Epheliden = multiple miliare Pigmentnaevi, b) kleine und größere Pigmentnaevi (Naevi pigmentosi spili), c) die ganz gleichen Bildungen bei Recklinghausen. II. Weiche Pigmentnaevi, a) in Form der gewöhnlichen Lentigines, b) als größere, verruciforme, behaarte, tierfellähnliche, systematisierte, weiche Naevi, c) als Lentigines und größere Naevis bei Recklinghausen. III. Pigmentnaevi in Form der Lentigines mit Akanthose und Zellinfiltration, ohne Naevuszellhaufen. Ob die hier angeführten Differenzen auf pathogenetischen Einflüssen beruhen, oder aber nur zufällige quantitative Abweichungen andeuten, steht noch zur Entscheidung.

Inniger tangiert wird dieser Zweig der Geschwulstlehre auch durch die genauere Aufschließung jener zusammengesetzten Formationen, welche die Benennung als Naevus acneïformis rechtfertigen. Ergänzend zu den bisherigen spärlichen Beiträgen liefert Bettmann die klinische und anatomische Beschreibung eines Falles, der einen 17jährigen Mann betrifft und eine seltene Ausbreitung der Efflorescenzen darbietet. Nach dem anatomischen Befunde führt B. den Ausgangspunkt der Veränderungen auf eine abnorme Vermehrung von Follikelanlagen, in gegebenen Hautbezirken zurück. Die Veränderungen sitzen an Hautstellen, die während der embryonalen Entwicklung besonderen Wachstumsbedingungen unterliegen. Soweit es sich um das Gesicht handelt, erscheint das Leiden durch eine Störung beim Schlusse der Fötalspalten bedingt. Die Verlegung in die Kategorie der lineären Naevusformen erscheint demnach gerechtfertigt.

Ein Platz in dem Rahmen der gutartigen Neubildungen ist auch jenen von frühester Kindheit bestehenden, wenig prominenten, blauschwarz und blaubräunlich

Digitized by Google

melierten Pigmentierungen von rundlicher Form zuzuweisen, welche als blaue Naevi beschrieben werden. Diese im Durchmesser 3—5 mm betragenden Gebilde, die hauptsächlich im Gesicht und an den Extremitäten vorkommen, hat Tièche des genaueren untersucht und dieselben als in der Kutismitte sitzende Tumoren sternförmig verzweigter Pigmentzellen definieren können. Es sind dies in histologischer Hinsicht Chromatophorome oder Melanome gutartiger Natur. Zur Erklärung der auffallend blauen Farbe kann nur die Lagerung des Pigments, nicht aber dessen Eigenfarbe (braunes Melanin) herangezogen werden. (Dunkle Farbe, durch trübes Medium gesehen blau.) Für die Naevusnatur sind das frühe Auftreten, der gutartige Charakter und das Vorhandensein von ausschließlich dem mittleren Keimblatt angehörenden Elementen geltend zu machen. — (IX. Derm.-Kongr. Bern.)

Temperatursteigerung nach Thiosinamingebrauch. Von Brinitzer. Ref. Nobl, Wien.

Ein Fall (32jähriger Mann) der Klinik Jadassohn hatte bereits drei Wochen hindurch wegen diffuser Sklerodermie schadlos eine Thiosinaminkur durchgemacht. Nach der fünften Applikation von 0·1 stieg die Temperatur auf 39·2° an; nach einer dreiwöchentlichen Pause abermals auf 39·3°, nach einer Injektion von 0·05 des Mittels. Die gleiche Dosis nach weiteren 14 Tagen trieb die Wärme auf 38·7°. Eine mit dem inzwischen empfohlenen Fibrolysin gemachte Einspritzung bewirkte sogar einen Temperaturanstieg bis 39·8°. Erst die methodische Applikation von allmählich ansteigenden Dosen, wobei die erste Menge 0·2 mg Fibrolysin betrug, bewirkte es, daß späterhin Thiosinamingaben von 0·1 anstandslos vertragen wurden. In erheblich gebessertem Zustand verließ Patient die Klinik, wobei aber die Berücksichtigung zeitweise angewandter Schwitzprozeduren, Massage und Schilddrüsenbehandlung den Einfluß der Thiosinaminanwendung nicht klar erscheinen läßt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1906.)

Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus. Von Prof. C. Seifert, Würzburg. Ref. Nobl, Wien.

Vf. hat in einer Reihe von Fällen mit einer sehr einfachen lokalen Therapie bei den durch besondere Hartnäckigkeit ausgezeichneten Formen des Lichen planus Erfolge erzielt, welche zur Wiedrholung der Vorschläge Anregung geben. Die Beobachtung, daß mechanischen Reize nicht nur die Ausbreitung des Lichen begünstigen, sondern auch in sehr unvorteilhafter Weise die Heilung verzögern, bestimmte Vf., auf den Unnaschen Zinkleimverband zurückzugreifen. Den Wert desselben lernte er auch bei Lokalisationen des Uebels an varikösen Unterschenkeln schätzen. Ein 55jähriger Mann, mit Lichen ruber verrucosus der rechten Wade, war von intensivem Juckreiz arg gepeinigt. Ein 14 Tage und späterhin sechs Wochen lang angepaßter Zinkleimverband bewirkte eine Reduktion der lichenoiden Fläche auf die Hälfte ihres ursprünglichen Umfangs und brachte die warzigen Erhabenheiten zum Ausgleich. Nach drei weiteren Verbänden Heilung. Der gleiche Effekt in einem zweiten Fall. Eine dritte Beobachtung betrifft eine 50jährige Dame mit Lichen ruber planus am Nacken und an den Waden. Fall 4 zeigt die Lokalisation des Uebels am Penis, Skrotum und Anus. In der gewohnten Weise wurden die behandelten Partien mit Benzin gründlich abgewaschen, mit dem Leim (Zinc. oxyd., gelat. aa 25·0, Glyc. Aq. dest. aa 50·0) bestrichen und eine gleichmäßig dünne Schicht Watte über die geleimten Stellen gelegt. Darauf Einwicklung mit einer angefeuchteten, gestärkten Gazebinde. Nochmals Anstrich mit Zinkleim und darüber eine trockene Binde, so daß die Patienten sofort ihre Strümpfe anziehen und herumgehen können. Dabei hat sich Vf. jedoch ausgiebig der Arsenbehandlung bedient und gibt selbst zu, daß die Verbandanwendung nur auf wenige Körperregionen ausgedehnt werden kann. Zum Schutz von Skrotum und Penis rät Vf. das Tragen wattierter Suspensorien. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 80, H. 2.)

Digitized by Google

Ueber das Zinkperborat. Von Herxheimer. Ref. Nobl, Wien.

In der Gold- und Silber-Scheideanstalt zu Frankfurt a. M. wird nebst dem Natriumperborat eine Zinkverbindung hergestellt, die bei dem Gehalte an Zink, Borsäure und aktivem Sauerstoff für die Verwendung in der Medizin umsomehr geeignet erscheint, als die Zusammensetzung des Präparats den jeweiligen Zwecken angepaßt werden kann. Der Gehalt an Borsäure ist zwischen 28—52%, an Zinkoxyd zwischen 39—51% und der Gehalt an aktivem Sauerstoff zwischen 5—9% variabel. Das zarte, weiße, lockere Pulver ist völlig ungiftig und bewirkt auch bei ausgebreiteter Flächenapplikation keine Reizerscheinungen. In 2—25%igen Salben und Pasten hat Vf. das Medikament besonders in der Ekzembehandlung bewährt befunden. Vorzüglich bei jenen Formen der chronischen Entzündung, die eine aktive Sauerstoffeinwirkung erfordern. Der Inkorporation von antiseptischen Mitteln (Teer, Ichthyol, Tumenol) steht nichts im Wege. 300 im Verlauf von zwei Jahren behandelte Fälle dienten als verläßlicher Prüfstein für die Brauchbarkeit der Verbindung. Als weitere Anzeigen ergeben sich rhagadiforme Läsionen, seborrhöische Veränderungen der Kopfhaut, pruriginöse Zustände umschriebener und diffuser Verbreitung, sowie trockene Gesichtsekzeme, welch letztere besonders auf 2—10" Zinkperboratglyzerolat günstig reagieren. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 82, H. 1.)

Kinderheilkunde.

Enuresis.

1. **Die Ursachen und Behandlung der Enuresis.** Von Perey G. Lewis, Folkestone. Ref. Einstein, Stuttgart.
2. **Ueber Enuresis und ihre Behandlung.** Von Hugh Thursfield, London. Ref. Einstein, Stuttgart
3. **Ueber Incontinentia urinae et alvi bei hereditärer Spätsyphilis.** Von Marcel Cantonnet. Ref. Fritz Loeb, München.
4. **Ueber Enuresis und ihre suggestive Behandlung.** Von Dr. H. Delius, Hannover. Ref. Fromm, München.

1. Für Lewis beruht die Enuresis in der Hauptsache auf einer Ernährungsstörung: faulige Zersetzungsvorgänge im Darm bei der Eiweißverdauung sind die Ursache der Enuresis mit Hyperazidität des Urins, während die Enuresis mit neutralem oder alkalischem Urin aus einer fauligen Zersetzung der Kohlehydrate resultiert. Daneben ist oft eine Herabsetzung des allgemeinen Tonus vorhanden (Anämie, lymphatische Konstitution, nervöse Veranlagung etc.). Häufig besteht die Enuresis gewohnheitsmäßig fort, nachdem die eigentliche Ursache schon längst beseitigt ist. Auf diese Punkte hat die Therapie zu achten. Sie besteht, je nach dem Befund, in tonischen Mitteln (Phosphor, Eisen, Strychnin, kalten Duschen, Massage u. s. w.), diätetischen Kuren (Verbot von Fleisch, bezw. Kohlehydraten, Kalomel) und in einer Unterbrechung der krankhaften Gewohnheit. In letzter Beziehung hilft oft die Beseitigung reizender Ursachen, z. B. Eingeweidewürmern, Analfissuren, Phimosen u. s. w., d. h. von lokalen Störungen, die mit der Entstehung der Enuresis zwar nichts zu tun haben, aber suggestiven Einfluß ausüben. — (The Brit. Med. Journ. Nr. 2364, 1906.)

2. Die Enuresis entsteht auf der Basis einer nervösen Schwäche, die geerbt oder — wie z. B. nach Diphtherie — erworben sein kann. Man kann dann von Enuresis sprechen, wenn bei einem Kinde über zwei Jahren die Reflexaktion der Blasenentleerung, die in diesem Alter schon unter der Kontrolle des Willens stehen sollte, durch geringe Reize ausgelöst wird, welche beim normalen Kind nicht wirken. Solche Reize sind 1. im Hirn entstehende, z. B. bei Epilepsie, 2. periphere Reflexreize (bei adenoiden Vegetationen, Eingeweidewürmern, Phimose etc.) und 3. Reize im Urinartraktus selber (Bakteriurie, Hyperazidität des Urins). Anatomische Ursachen, wie zu geringe Kapazität der Blase oder Schwäche des Sphinkters, bestehen nicht. Die Urinentleerung erfolgt meistens plötzlich im starken Guß, selten tropfenweise. Mädchen zeigen die Affektion häufiger als Knaben.

Die Behandlung muß lange fortgeführt werden, weil sonst leicht Rückfälle ent-

Digitized by Google

stehen. Wichtig ist eine vollständige Veränderung der Umgebung des Kranken. 1—1½ Stunden nach dem Einschlafen muß das Kind zum Urinieren geweckt werden, in manchen Fällen sogar mehrmals in der Nacht in regelmäßigen Intervallen. Die Blasenentleerung soll nur in möglichst langen Pausen geschehen. Tee, Kaffee und andere reizende Speisen sind zu verbieten, auch der Zucker ist sehr einzuschränken. Die letzte Mahlzeit muß wenigstens eine Stunde vor dem Schlafengehen eingenommen werden. Die Kinder sollen nicht zu wenig trinken, nur gegen Abend ist die Flüssigkeitszufuhr zu beschränken. Oft nützt die Unterbrechung des Schulbesuches. Peinliche Reinlichkeit, Entfernung von adenoiden Vegetationen, Behandlung der Anämie, Zirkumzision, Entfernung der Eingeweidewürmer, sind weitere Punkte der Therapie. Von Medikamenten benützt Thursfield vor allem Belladonna oder Atropin (allmählich ansteigend, dann wieder absteigend, im ganzen zirka 3—6 Monate lang), ferner das Kaliumzitrat — allein oder in Verbindung mit Belladonna — bei Hyperazidität des Urins. In Fällen von Bakteriurie tut Urotropin, stark verdünnt, gute Dienste. Manchmal helfen Brom, Eisen, Strychnin und elektrische Behandlung.

Die Prognose ist gut, bei Knaben etwas besser als bei Mädchen. Hoffnungslos bleiben schließlich nur Fälle bei geistig zurückgebliebenen Kindern. — (The Brit. Med. Journ. Nr. 2364, 1906.)

3. Unwillkürlicher Urinabgang ist gelegentlich ein Symptom, das auf eine Meningo-Myelitis hereditär-spätsyphilitischen Ursprunges hinweist. In manchen Fällen tritt unwillkürlicher Kotabgang hinzu. Beide Phänomene finden sich besonders oft bei degenerierten und nervös belasteten Individuen. Kein Alter ist verschont. Das Maximum fällt in die Zeit zwischen dem 4. und dem 20. Lebensjahre. Die pathologisch-anatomische Grundlage ist eine Meningo-Myelitis der Seiten- oder Hinterstränge. Im ersteren Fall stehen in klinischer Beziehung Kontrakturen und Reflexsteigerungen, im letzteren Fall Verminderung oder Aufgehobensein der Reflexe im Vordergrund. Die medullären Symptome sind stets mit Zeichen hereditärer Syphilis verbunden. In Anbetracht der zerebralen und meningitischen Komplikationen, die sich einstellen können, muß die Prognose mit Vorsicht gestellt werden. Spezifische Therapie hat einen günstigen Einfluß auf diese Sphinkterenstörungen. — (Thèse de Paris.)

4. Delius ist der Ansicht, daß es sich bei der Enuresis um eine zerebrale Hemmung handelt, die jedoch rein funktioneller Natur ist, da sie von selbst verschwinden oder durch therapeutische Maßnahmen vollständig beseitigt werden kann. Es besteht zwar eine nahe Verwandtschaft zu den Hemmungen bei den hysterischen Symptomen, die Enuresis ist auch sehr häufig mit Hysterie kombiniert, doch sie zur Hysterie selbst zu rechnen, kann sich Vf. nicht entschließen. Auch den Standpunkt Pfisters, der das nach dem fünften Lebensjahre zeitweilig auftretende Bettnässen als meist zur Epilepsie gehörig bezeichnet, kann er nicht teilen. Hysterie, Epilepsie und Enuresis sind vielmehr auf dem gemeinsamen Boden der Entartung als selbständige Affektionen erwachsen.

Als mit der Hysterie jedoch nahe verwandte allgemeine Neurose bedarf die Enuresis in allererster Linie einer psychischen, d. h. also Suggestivtherapie. Auch die Anwendung des elektrischen Stromes läuft in letzter Linie auf Suggestion hinaus. Vf. empfiehlt die Anwendung der bewußten, psychologisch motivierten Suggestion unter Zuhilfenahme der Hypnose. Da Wachsuggestion und hypnotische Suggestion nur quantitativ verschieden sind, so soll in jedem Falle eine möglichst tiefe Hypnose erstrebt werden. Die besonderen Heilsuggestionen bestehen darin, daß man sein Bestreben darauf richtet, durch eine suggestiv erzeugte Innervationswelle die zerebrale Hemmung zu beseitigen, also neu zu bahnen und einen Willensakt anzuregen, der ein unwillkürliches Ablaufen des Harns verhindert. Weiterhin ist bei den Suggestionen auf die Furcht der Kinder vor dem Bettnässen durch entsprechende Beruhigung Rücksicht zu nehmen.

Im übrigen vermeide man, dies ist der Umgebung einzuschärfen, unnötige seelische Erregungen, sehe von Strafen jeder

Digitized by Google

Art ab, und erinnere die Kinder möglichst wenig an ihr Leiden. Die Kinder sollen zwar vor dem Bettgehen ihre Blase entleeren; ihnen jedoch schon vom Nachmittag an jede Flüssigkeitszufuhr zu entziehen, betrachtet Vf. als unnötige Quälerei. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 37, 1906.)

Die Behandlung der Kindersyphilis mit „Grauem Pulver". Von C. Gallia. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Man erhält das graue Pulver, indem man 33 Teile metallisches Quecksilber mit 67 Teilen Kreide in einem Mörser innig verreibt, eine sehr minutiöse und langwierige Arbeit. Nach Fertigstellung erhält man ein helles, opakes, graugelbes Pulver, das in Einzeldosen von 0·02 mit 0·1 Saech. lact. 2—4mal täglich gegeben wird. Das Hg wird im Derdauungskanal resorbiert, und dies ohne Nebenerscheinungen. Das Mittel ist bei Lues der Kinder im Verein mit Jodpräparaten und Tonicis warm zu empfehlen. — (La Rassegna di terapia Nr. 19 u. 20, 1906.)

Beitrag zur Pathogenese und Therapie des Keuchhustens. Von L. Chierici. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Bei einem Kind mit Keuchhusten wurden sehr stark entwickelte adenoide Vegetationen entfernt; der — unbeabsichtigte — Effekt war eine ganz wesentliche Verminderung der vorher sehr heftigen Keuchhustenanfälle; bei einem zweiten Kinde wurde ganz das gleiche Resultat erzielt. Diese Beobachtungen sind geeignet, jene Theorie der Keuchhustenpathogenese zu stützen, die annimmt, daß die unbekannten Erreger in den oberen Luftwegen, im Initialstadium im Pharynx, lokalisiert bleiben, und daß lediglich ihre Toxine in den Kreislauf gelangen und eine erhöhte Erregbarkeit der nervösen Apparate erzeugen. Die stark zerklüfteten Adenoide würden dann eine ganz besonders geeignete Niststätte für die Erreger bilden, und es wäre sonach jedenfalls ein rationelles Verfahren, dieselben in geeigneten Fällen zu entfernen. — (Gazz. degli osped. 22. Juli 1906.)

Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. Von Dr. M. Neu, Heidelberg (Autoreferat).

Als das verläßlichste Mittel zur Stillung der Magendarmblutung bei „Melaena vera" ist zur Zeit die Gelatine in subkutaner Anwendung (10—20 cm³ 10%iger Gelatina sterilisata) anzusehen. Die Unsicherheit der Aetiologie erlaubt keine kausale Therapie. Neu hat in zwei, im letzten Halbjahr an der Heidelberger Frauenklinik beobachteten Fällen von echter „Melaena vera" auf diese Weise volle Heilwirkung erzielt. Seit der rationellen Gelatineanwendung bei der fraglichen Krankheit ist die Prognose wesentlich günstiger gestaltet. Folgende Schlußfolgerungen werden gezogen:

I. Das Mortalitätsprozent ist seit der Gelatinebehandlung (orale, rektale, subkutane Einverleibung) bei Fällen von „Melaena vera" von etwa 50 auf 13% gesunken.

II. Eine zuverlässige Vorstellung von der Aetiologie zweier beobachteter Melänafälle ist nicht zu gewinnen; dieselben waren als zweifellose „Melaena vera" anzusprechen.

III. Die Heilerfolge in beiden Fällen decken sich mit den günstigen Resultaten anderer Autoren. Die Gelatinetherapie kann als typisch betrachtet werden.

IV. Zu einer rationellen Gelatineanwendung ist erforderlich: 1. Möglichst frühzeitiger Gelatinegebrauch bei den ersten sicheren klinischen Anzeichen einer „Melaena vera". 2. Am zuverlässigsten ist die subkutane Applikation, am Oberschenkel, ein- oder mehrmal, in Mengen von 10, höchstens 20 cm³ 10%iger Gelatina sterilisata pro injectione; strengste Asepsis bei der Injektion! 3. Die orale Verabreichung kann, weil therapeutisch nicht sicher wirksam, unterbleiben. 4. Abzuraten ist von Gelatineklysmen.

V. Die Schädlichkeiten, wie Tetanus- und andere Infektionen, lassen sich bei der Gelatineinjektion vermeiden; ein „Gelatinefieber" (Resorptionsfieber?) ist häufig, aber relativ unschädlich.

VI. Die übrigen Bedingungen zweckmäßiger Pflege sind vor wie nach zu erfüllen: Reichliche konstante Wärmezu-

Digitized by Google

fuhr (eventuell Flanellbindenwicklung der Extremitäten), peinlichste Ruhelagerung, Nahrung von einer Amme, bezw. der eigenen Mutter nach anfänglicher Hungerdiät (Tee). Lokale Kälteanwendung auf das Abdomen ist zu vermeiden, Kompression des Abdomens entbehrlich; interne Medikation von styptischen Mitteln nicht ratsam. — (Med. Klinik Nr. 41, 1906.)

Diagnose der kindlichen Tuberkulose. Von D. Pacchioni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Von den Ausführungen des Vfs. interessieren hier lediglich die Resultate der Serumdiagnose bei Kindern unter fünf Jahren. Von 26 Fällen sicherer Tuberkulose gaben 20, d. h. 76%, positive Serumreaktion, während von zwölf Fällen, in denen Tuberkulose sicher nicht vorlag, doch auch 3, d. h. 25%, die Reaktion gaben. Ein entscheidender diagnostischer Wert kommt der Serumdiagnose also keinenfalls zu. — (5. Ital. Päditerkongreß, April; Il Morgagni, 16. Juni 1905.)

Heilung eines Falles von Chorea minor durch Aspirin. Von G. Baglioni. Ref. M. Kaufmann, Mannheim.

Ein 21jähriges Mädchen erlitt 14 Tage nach Ueberstehen eines akuten Gelenkrheumatismus einen heftigen Schrecken; am nächsten Tage setzte eine schwere Chorea ein. Eine vierwöchentliche Behandlung mit Aspirin (2 g täglich) heilte den Fall völlig und dauernd. — (Gazz. degli osped., 30. Juli 1905.)

Therapeutische Neuigkeiten.*)

Bearbeitet von Dr. **Fritz Loeb** in München.

1. Neuere Arzneimittel und Arzneiformen.

a) Pharmakologische Präparate.

Neue Mittel. (Schluß.)

Guajakolkakodylat. Anwendung bei Tuberkulose und Grippe. Das Guajakolkakodylat wurde von Barbary in Nizza in die Therapie eingeführt. Nach Bulureaux ist das Guajakolkakodylat bei Tuberkulösen ein wertvoller Ersatz für Kreosot; gegen Grippe ist es als Spezifikum anzusprechen. Tuberkulösen soll alle 2—3 Tage 1 cm^3 der 5%igen Lösung injiziert werden; bei Grippe genügt oft eine einmalige Einspritzung, um das Fieber herabzusetzen. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.)

Herniapillen gegen Gonorrhöe bestehen angeblich aus 10 g Extractum Herniariae compositum, 5 g Oleum Santali, sowie 2·5 g Salol und wiegen je 0·5 g.

Histogenol besteht aus einer Mischung von methylarsensaurem Natrium (Arrhenal) mit einer organischen Phosphorverbindung, die aus Heringsmilch dargestellt wird. Das Präparat soll sich sehr gut bei Lungentuberkulose bewährt haben. — (Pharm. Post, Nr. 26, 1906.)

Hydrargolent ist ein Ersatz der grauen Quecksilbersalbe in elastischen Gelatinekapseln zu 3·4 und 5 g mit $33^1/_3$ und 50% Quecksilbergehalt. — (Pharm. Ztg., Nr. 69, 1906.)

Hydrogol und Organosol sind Lösungen von Argent. colloidale in Wasser oder Alkohol.

Jodoformin. Eine Verbindung von Jodoform mit Hexamethylentetramin. Geruchloses Ersatzmittel für Jodoform.

Jodoformogen. Ein Jodoformeiweißpräparat. Gelbes, in Wasser unlösliches, leichtes Pulver von schwachem Geruch. Wundstreupulver.

Jodoformsalol. Ein Gemisch von Jodoform und Salol, wird zur Ausfüllung erkrankter und ausgekratzter Knochenhöhlen bei Knochentuberkulose empfohlen.

Lyptol enthält Menthol, Eukalyptol, Thymol u. a. Es ist mit Wasser in jedem Verhältnis mischbar. Anwendung: Zur Wundbehandlung und als Desinfiziens.

Magolan wird ein Antidiabetikum in Pillenform genannt, welches im wesent-

*) Zusendungen von Prospekten, Werken, Versuchsmaterial und Mitteilungen aus Kollegenkreisen sind an Dr. Fritz Loeb, München, Kaufingerstraße 25, zu richten.

Digitized by Google

lichen aus Kalziumanhydrooxydiaminphosphat besteht und aus den getrockneten Früchten von Lupinus arabicus, einer Leguminose des Sudans, gewonnen werden soll. Fabrikant: Apotheker O. Braemer in Berlin SW. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.)

Methaformm ist Dimethyl-Carbinol-Chloroform und bildet weiße, nadelförmige Kristalle mit schwach kampferartigem Geschmack und Geruch. Es ist in Wasser wenig, leicht in Alkohol, Chloroform und Aether löslich. Anwendung: Als Schlafmittel, zur Schmerzberuhigung und als Antiseptikum. Gabe: 0·20 bis 0·60 g. — (Pharm. Post, Nr. 18, 1906.)

Migrophen ist Lezithin-Chinin, das wenig bitter schmeckt. Anwendung: Bei Kopfschmerz, Migräne, Schnupfen, Influenza, Nervosität etc. Gabe: 0·3—0·5 g.

Oenase, ein Hefepräparat, ist ein Weinferment, steht dem Levulin nahe und entspricht der zehnfachen Menge frischer Weinhefe, hat vor dieser den Vorzug größerer Gleichmäßigkeit und Haltbarkeit. Anwendung: Zur Regelung des Stuhlganges, bei Diabetes, Infektionskrankheiten, Rheumatismus, Appetitlosigkeit etc. Dosis: 1—2 Tabletten vor der Hauptmahlzeit. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1906.)

Sophol ist Formonukleinsilber und enthält 20% Silber, das mit den gewöhnlichen Fällungsmitteln nicht nachgewiesen werden kann, während der Formaldehyd so locker gebunden ist, daß er schon beim Erwärmen der wässerigen Lösung abgespalten wird, weshalb die Lösungen kalt bereitet werden müssen. Es ist ein gelblich weißes, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver. Die pharmakologische Untersuchung hat nach O. v. Herff ergeben, daß die Reizwirkung des Sophol eine erheblich geringere ist, als die aller anderen Silberpräparate. Angewendet wurde es zuerst in 10, später in 5%iger Lösung als Vorbeugemittel gegen Augenblennorrhöe Neugeborener. Darsteller: Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Eberfeld. — (Pharm. Post, Nr. 26, 1906.)

Théobromose ist ein Theobromin, in dem ein Atom Wasserstoff durch ein Atom Lithium ersetzt ist. Es bildet seidenglänzende Nadeln, die sich in Wasser sehr leicht lösen. Beim längeren Stehen der wässerigen Lösung trübt sich dieselbe allmählich infolge der Bildung von Lithiumkarbonat und gleichzeitiger Ausscheidung von Theobromin. Die Wirkung von Théobromose soll größer als die des Theobromin sein. — (Pharm. Post, Nr. 18, 1906.)

b) Neuere Mittel und Anwendungsformen.

Bornyval.

Bornyval bezeichnet Lohmann (Med. Klin. Nr. 20, 1906) als ausgezeichnetes Analeptikum, welches in seiner Verwendung gegen Herzneurosen und verschiedene neurasthenische und hysterische Beschwerden andere Präparate an Wirksamkeit übertrifft. Götzl hat Bornyval (Oest. Aerzte-Ztg. Nr. 14, 1906) in 28 Fällen erprobt bei Hyperemesis gravid., Migräne, Epilepsie, Neurose und Hysterie. Bei Epilepsie und Migräne ließ das Mittel im Stiche, dagegen leistete es in den übrigen 25 Fällen gute Dienste. Sternberg (Allg. Med. Ztrl.-Ztg. Nr. 30, 1906) verwendete es bei hysterischen und nervösen Beschwerden, bei Herzklopfen auf Grund organischer Herzfehler, wo das Mittel nie versagt. Merzbach hat Bornyval (Fortschritte der Med. Nr. 1, 1906) bei fünf Narkosen angewandt, von denen drei stark anämische und eine vierte eine leicht hysterische Dame betrafen. Es wurden ¾ Stunde vor Beginn der Narkose je zwei Bornyvalkapseln gegeben und die Narkosen verliefen ohne jeden Zwischenfall. Vf. empfiehlt es auch bei anämischer Neurasthenie, mit Frühmüdigkeit, Kopfschmerz und Magensymptomen.

Jodopyrin.

Ueber Jodopyrin, seine Wirkung und Anwendungsweise, berichtet Paul Hainк in seiner Dissertation (Leipzig 1906). Er stellt folgende Indikationen und Anwendungsformen auf:

1. Bei Knochen- und Kopfschmerzen in den verschiedenen Stadien der Lues, besonders bei Tertiärerkrankungen innerlich als Pulver zu 0·5—1·0 g.

2. Bei Ulcus durum und tertiären gum-

Digitized by Google

mösen Geschwüren an Stelle des Jodoforms äußerlich als Streupulver.

3. Bei Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica als 10—20%iges Jodopyrin-Lanolin.

4. Bei Ulcus molle gelegentlich, besonders bei großer Schmerzhaftigkeit, als Streupulver.

5. Bei Psoriasis vulgaris in leichten Fällen, besonders im Gesicht und bei starkem Juckreiz, wo Chrysarobin und ähnliche Präparate kontraindiziert sind, als 10 bis 20%iges Jodopyrin-Lanolin.

6. Bei chronischen inveterierten trockenen Ekzemen als 10—20%iges Jodopyrin-Lanolin.

7. Bei Zosteraffektionen als 10 bis 20%iges Jodopyrin-Lanolin.

8. bei Sklerodermа innerlich als Pulver und zugleich äußerlich in Salbenform.

9. Bei Hämorrhoiden in Form einer 10%igen Salbe mit Ungt. leniens.

Gegen Hämorrhoiden hat sich eine Salbe folgender Zusammensetzung bewährt:

Rp. Jodopyrin. subt. pulv. 1·0
Ung. lenient. ad 10·0
M. f. ungt.
D. cum penicillo.

S. Dreimal täglich auf die schmerzhaften Stellen zu pinseln.

Werler hat als juckreizstillendes Mittel bei Skrotalekzem und Pruritus ani sowie bei Lichen ruber planus ein neues Jodopyrinstreupulver folgender Zusammensetzung verschrieben:

Rp. Jodopyrin. subt. pulv. 1·0
Talci pulv. ad 20·0
M. f. p. S. Streupulver.

Durch die Anwendung dieses Pulvers wurde in den damit behandelten Fällen eine bemerkenswerte Abnahme des quälenden Juckreizes bewirkt, was bei der relativ geringen Anzahl und dem teilweise recht hohen Preis unserer zuverlässigen juckreizstillenden Mittel der Beachtung wert erscheint.

Interne Adrenalindarreichung.

S. Kreuzfuchs (Breitenstein am Semmering) macht auf den vorzüglichen Wert der internen Adrenalindarreichung in Pillenform bei der sonst kaum therapeutisch zu beeinflussenden angioparalytischen Form der Kopfschmerzen aufmerksam. Er gab die Clinschen Adrenalinpillen à 1/4 mg Adrenalin mit eklatantem Erfolg. Auch bei nervösen Magenbeschwerden mit gesteigerter Salzsäureproduktion sowie bei Brechreiz und Erbrechen sah er schöne Erfolge; schließlich konnte er in einem Fall beginnenden Spitzenkatarrhs mit blutigem Auswurf die Blutung zum Stillstand bringen.

NB. Einer längeren Verwendung der Adrenalinpillen stehen mancherlei Bedenken entgegen. — (Wien. med. Presse Nr. 17, 1906.)

Suppositoria Suprarenalini.

Suppositoria Suprarenalini werden bereitet aus: Suprarenalin. 0·03, Acid. boric. 0·06, Aq. destill. 0·90, Lanolin. anhydric. 3·0, Ol. Cocos 24 g. Die Masse wird in 30 Suppositorien ausgegossen.

Acidol-Pepsin.

Acidol-Pepsin ist das von der Akt.-Ges. für Anilinfabrikation als Acidol in den Handel gebrachte Betainchlorhydrat mit Pepsin in Tablettenform gebracht. Die Firma bringt zwei Mischungen in den Handel: Acidol-Pepsin-Pastillen I (stark sauer) enthalten pro dosi Acidol 0·4 und Pepsin 0·10; Acidol-Pepsin-Pastillen II (schwach sauer) bestehen aus Acidol 0·05, Pepsin 0·20, Saccharum lactis 0·25. Der Acidolgehalt der stark sauren Pastillen entspricht acht Tropfen, derjenige der schwach sauren Pastillen einem Tropfen verdünnter Salzsäure. — (Pharm. Post Nr. 35, 1906.)

Alypintabletten.

Eine bequeme Darreichungsform des Alypins stellen die von der Firma G. Pohl, Schönbaum bei Danzig, Alypin und Alypin-Suprarenin sowie die von der Firma Dr. Freund & Redlich, Berlin

Digitized by Google

Nr. 37, in den Handel gebrachten Alypin-Renoformtabletten dar. Mit diesen Tabletten kann man sich ohne Zeitverlust nach Bedarf in der Sprechstunde stets frische Lösungen herstellen. Die Anwendung der mit Nebennierenpräparaten kombinierten Tabletten ist besonders bei Operationen in sehr gefäßreichen Gebieten empfehlenswert, z. B. bei der Iridektomie, der Tonsillotomie u. s. w. Die Alypintabletten werden in Glasröhrchen à 5, 10 oder 20 Stück geliefert und enthalten 0·02, 0·03, 0·04, 0·05 und 0·2 g Alypin. Die Alypin-Suprarenintabletten sind Kombinationen von 0·02 g Alypin mit 0·00013 g oder 0·05 mit 0·00033 oder 0·2 g mit 0·00033 g Suprarenin. boric. Jede der Alypin-Renoformtabletten enthält Alypin 0·02, Renoform 0·0001 g Kochsalz (steril.) 0·007 g. Die Tablette wird in der mit warmem Wasser gefüllten Spritze gelöst. Außerdem bringt das „Chemische Institut Berlin S. W.", Königgrätzerstr. 55, speziell für zahnärztliche Zwecke, Alypin-Nebennierenextrakttabletten in Lösungsflasche unter der Bezeichnung Dolonephran in den Handel. Jedes Fläschchen enthält eine Tablette folgender Zusammensetzung: Alypin 0·1 g, Suprarenin 0·0005 g, Kochsalz 0·045 g. Die zur Aufbewahrung der Tablette dienende Flasche wird mit heißem Wasser aufgefüllt und liefert 5 cm³ gebrauchsfertige Lösung. — (Therap. Berichte, 1906.)

Histosan.

Das Histosan ist eine Eiweißverbindung des Guajakol, wird aus reinstem kristallisierten Guajakol und reinstem Hühnereiweiß hergestellt und bildet ein hellbraunes Pulver von schwach aromatischem Geruch und Geschmack. Das Histosan kommt auch in Form einer Lösung, dem Histosansirup, in den Handel.

L. Rieß hat das Mittel bewährt gefunden zur Heilung akuter und chronischer Bronchitiden. Bei Tuberkulose wirkt es symptomatisch, in den Anfangsstadien heilend, ferner regt es den Appetit an und übt als hochmolekulare Eiweißverbindung direkt ernährenden und kräftigenden Einfluß auf den Organismus aus. Es wird gut vertragen und auch von Kindern gern genommen. Bei den meisten Tuberkulösen fand sich nach Einnahme des Histosan eine Zunahme des Körpergewichtes. Man verordnet 1—3mal täglich einen Kaffeelöffel Histosansirup. — (Wien. med. Presse, Nr. 32, 1906.)

Skopomorphin.

Unter diesem Namen kommt in sterilisierten, zugeschmolzenen Ampullen eine Lösung aus Skopolamin. hydrochloric. „Riedel" 0·0012 g, Morphin. hydrochloric. 0·03 g und Aq. destill. qu. s. ad 2 cm³ in den Handel, welche nach Angabe von Korff zusammengesetzt ist und eine bequeme Anwendung der Skopolamin-Morphinnarkose gestattet. Das zu dem Skopomorphin verwendete Riedelsche Skopolamin soll sich in physiologischer Beziehung von anderen Handelspräparaten vornehmlich dadurch unterscheiden, daß es die reine Skopolaminwirkung ohne Nebenwirkungen besitzt. Der Inhalt der einzelnen Ampullen wird zur Totalnarkose in der Regel in drei Teilen injiziert. Ein Drittel 2½—3 Stunden vor der Narkose, das zweite Drittel eine Stunde später und das letzte Drittel etwa ¾ Stunden vor der Operation. Zur Halbnarkose braucht man etwa die Hälfte der vorher angegebenen Mengen. Als Analgetikum und Sedativum injiziert man etwa ⅙—½ Ampulle ein- oder mehrmals täglich. — Fabrikant: J. D. Riedel, A.-G. in Berlin. — (Pharm. Ztg. Nr. 80, 1906.)

Die Skopolamin-Morphin-Narkose in der Geburtshilfe.

Sie wird von vielen Autoren (Cremer, Aerztl. Viertelj.-Rdsch. Nr. 2, 1906) als die humanste Narkosemethode bezeichnet. Als Grundbedingung ist vor allem ein chemisch reines, optisch möglichst aktives Skopolamin erforderlich (Merck). Die Lösungen müssen nach bestimmten Normen hergestellt sein. In kaltem, sterilisierten, destillierten Wasser ist jedes Präparat gesondert in alkalifreiem, sterilen Glase zu lösen und erst dann sind beide Lösungen zu vereinigen. Skopolamintabletten dürfen nicht verwendet werden. Um dem Arzte zu ermög-

Digitized by Google

lichen, im Bedarfsfalle eine entsprechende Lösung zu bereiten, hat Cremer ein kleines Besteck, genannt „pharmakologisches Besteck", von Krewel & Co. in Köln herstellen lassen. In plombiertem Etui befindet sich eine an zwei Stellen zugeschmolzene Glasphiole, mit 20 cm^3 sterilem Wasser gefüllt. Das Etui enthält ferner ein dunkles, steriles, alkalifreies, mit Glasstopfen versehenes Gläschen, das eine Markierungslinie trägt und 0·003 g Skopolamin enthält, und ein drittes Gläschen von gleicher Beschaffenheit mit 0·10 Morphium muriaticum. Gebrauchsanweisung liegt bei. — (Pharm. Post Nr. 37, 1906.)

Liquor Sanguinalis Krewel.

Liquor Sanguinalis Krewel ist vollständig glyzerinfrei, enthält nur Spuren von Alkohol und besteht aus 95 Teilen flüssigem Hämoglobin, 2·5 Teilen natürlichen Blutsalzen, 2·5 peptonisiertem Muskeleiweiß, sowie Spuren von Mangan. Derselbe wird auch mit Malzextrakt als Liq. Sanguinalis maltosus oder Maltin-Sanguinal, mit Lezithin, bezw. Vanadiumpentoxyd von der Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H. in Köln a. Rh., in den Handel gebracht.

Monochlorphenol.

Bildet farblose, in Alkohol, Aether und Alkalien leicht, in Wasser schwer lösliche Kristalle, die bei 37° schmelzen. Es hat sich als starkes Antiseptikum erwiesen, welches in 2%igen Salben bei Erysipel und syphilitischen Augenkrankheiten, ferner in Form von 5—20%igen Lösungen in Glyzerin bei Tuberkulose des Rachens und Kehlkopfes u. s. w. angewendet wird, auch zur Inhalation (16—30 Tropfen pro dosi) bei Bronchitis und Phthisis. In der Zahnheilkunde wird es unvermischt oder in Mischung mit Tropakokain, Zinkoxyd und Kobaltmetall zu Füllungen hohler Zähne empfohlen. Fabrikant: E. Merck in Darmstadt. — (Pharm. Post, 1906.)

Alformin.

Konzentrierte Lösung von basisch ameisensaurer Tonerde, zirka 16%iges basisches Aluminiumformiat enthaltend, wird von der chem. Fabrik M. Elb, Dresden, als geruchloses, ungiftiges Antiseptikum in den Handel gebracht. Alformin soll folgende Vorzüge besitzen: absolute Geruchlosigkeit, große Ausgiebigkeit, vorzügliche Haltbarkeit (koaguliert in der Wärme nicht), große desinfizierende und adstringierende Wirkung (etwa zwei- bis dreimal größer als die der essigsauren Tonerdelösung). Zu Umschlägen wird Alformin mit 8—10 Teilen Wasser verdünnt. Zum Gurgeln und als Mundwasser genügen 5—10 Tropfen Alformin auf ein Glas Wasser. — (Pharm. Post Nr. 29, 1906.)

Dr. med. Hartmanns Nervennahrung Antineurasthin.

Dr. med. Hartmanns Nervennahrung Antineurasthin (Dr. med. Karl Hartmann, G. m. b. H., Berlin W. 35) ist, laut der im Verlage obiger Firma erschienenen Broschüre: „Das Nervensystem und seine Krankheiten" — Preis 1·25 Mk. — als Kräftigungsmittel für das Nervensystem im allgemeinen und als Vorbeugungsmittel gegen alle nervösen Schwächezustände anzusehen, und zwar kann es, „wie alle Kräftigungsmittel, unbeschadet der übrigen Behandlung gebraucht werden, da es diese nicht im geringsten stört". Für 3 Mark (!) erhält man eine Blechdose mit 24 runden, 2 g schweren Pastillen. Sie bestehen im wesentlichen aber nur aus einer Mischung von trockenem Eigelb, Milchzucker und Kleber mit wenig Stärke, Dextrin und aromatischen Geschmackskorrigentien. — (Zernik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1906.)

Uricedin Stroschein.

Das seit mehr als 13 Jahren zur Bekämpfung der harnsauren Diathese im Handel befindliche Präparat hat seitdem seine Zusammensetzung mehrfach geändert. Nach einer neueren Untersuchung enthält Uricedin im wesentlichen 2·5% Natrium chloratum und 66·5% Natrium sulfuricum siccum; der Rest besteht aus Natrium citricum und wenig Natrium tartaricum. — (Zernik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1906.)

Digitized by Google

c) Sero- und organotherapeutische Präparate. (Schluß.)

Aiodin. Enthält die wirksamen, besonders jodhaltigen Bestandteile der Schilddrüse, an Protein gebunden, ist geschmack- und geruchlos. 1 g Aiodin entspricht 10 g frischer Schilddrüse.

Antidysenterie-Serum, auch Dysenterie- (Ruhr-) Heilserum genannt, wird bei der durch Bacillus Shiga-Kruse erzeugten endemischen Dysenterie (Ruhr) als Hauteinspritzung in die Bauchgegend angewendet und besitzt keinen Zusatz eines Antiseptikums. Gabe: 20 cm³, prophylaktisch 5 cm³.

Antigonokokkenserum wird von Kaninchen gewonnen, denen abgetötete Gonokokkenkulturen in das Bauchfell geimpft worden sind. Anwendung: Bei Tripperrheumatismus.

Antispirochaetenserum ist ein von Pferden gewonnenes Serum gegen Febris recurrens, womit Löventhal einige Erfolge gegen diese Krankheit erzielte, indem die Zahl der Anfälle durch den Gebrauch des Serums wesentlich vermindert erschien.

Antistaphylokokkenserum, welches, subkutan gegeben, gegen die 5—7fach tödliche Dosis lebender Staphylokokkenkultur schützt, hat Pröscher dargestellt, doch sind die Versuche damit am Krankenbett noch nicht abgeschlossen.

Degrasin ist ein konzentriertes, ungiftiges Schilddrüsenpräparat, bei dessen Herstellung jede sekundäre Zersetzung der rohen Drüse vermieden worden ist. Es hat sich nach Rheinbold besonders dort als Entfettungsmittel bewährt, wo Hunger- und Entfettungskuren vermieden werden sollen. Das Fabrikat kommt in Form von Tabletten in den Handel. Fabrikant: Dr. Freund & Dr. Redlich in Berlin N. — (Pharm. Post, Nr. 23, 1906.)

Eklampsie-Heilmittel. Ein solches gewinnt die Chemische Fabrik Schering (Berlin) nach einem patentierten Verfahren als Serum von Tieren, die entweder direkt mit Aufschwemmungen von frischen oder getrockneten Plazenten eklamptischer Individuen oder mit wässerigen bezw. alkalischen oder schwach sauren Auszügen gleicher Plazenten vorbehandelt worden sind. Desgleichen enthält die Milch derartig vorbehandelter Tiere antitoxisch wirkende Stoffe. — (Pharm. Post, Nr. 22, 1906.)

Eucarenalin ist eine Flüssigkeit, die 1% Beta-Eukainlaktat in einer Suprarenalinlösung (1:2000) enthält. Anwendung: Zur Blutstillung und als örtliches Betäubungsmittel.

Extractum suprarenale haemostaticum. Ein alkoholfreies Extrakt aus den Nebennieren des Rindes und Schafes; spezielle Anwendung als lokales anämisierendes Mittel für die Konjunktiva und alle Schleimhäute.

Glandulae parotis. sicc. pulv. Aus der Ohrenspeicheldrüse von Hammeln und Schafen bereitetes Pulver. Gegen Ovarialerkrankungen. Dosis 0·3 g drei- bis viermal täglich.

Heilserum gegen Genickstarre. W. Kolle und A. Wassermann empfehlen das Serum von Pferden, welche intravenös mit lebenden Meningokokkenkulturen behandelt worden sind, bei der Therapie der Genickstarre in einmaliger subkutaner Injektion von 10 cm³. Das Serum ist bis zu einem Gehalte von 0·4% mit Karbolsäure versetzt. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.)

Masernheilserum gewann N. Gundobin von Ziegen und Pferden, denen eine Reihe von Kulturen des bei Masernkranken gefundenen Bazillus in allmählich steigender Menge eingeimpft wurde. Der Agglutinationstiter des Serums betrug 1:1000. Eingeimpft wurden 10—20 cm³. Es genasen 85%. — (Pharm. Post, Nr. 18, 1906.)

Milzbrandserum Merck nach Sobernheim wird nach einem neuen Verfahren dargestellt und soll zur Schutzimpfung von Tieren, in erster Linie Rindern, gegen Milzbrand dienen. Das Verfahren besteht darin, daß die zu impfenden Tiere gleichzeitig eine Einspritzung wirksamen Milzbrandserums und einer in besonderer Weise hergestellten leicht abgeschwächten Milzbrandkultur erhalten („Simultanimpfung"). Es wird hiedurch,

Digitized by Google

wie Versuche an Schafen und Rindern gelehrt haben, ein sehr erheblicher Impfschutz erzielt. Auf Grund der an zirka 4300 Tieren (Rindern) gewonnenen Erfahrungen läßt sich die Wirkung der neuen Schutzimpfungsmethode kurz dahin charakterisieren, daß das Verfahren bei fast völliger Unschädlichkeit eine starke und lange andauernde Immunität schafft.

Renastipin ist eine Lösung des blutstillenden Körpers der Nebenniere.

Streptokokkenvakzine bereitete G. Gabriczewsky aus Streptokokken, welche aus dem Herzblute an Scharlach Verstorbener gezüchtet und einer Tierpassage nicht unterzogen waren. Er empfiehlt Erwachsenen 1—2 cm³ und Kindern die Hälfte oder ein Drittel dieser Menge einzuspritzen, sowie diese Menge bei der in wöchentlichen Zwischenräumen zu erfolgenden zweiten und dritten Einspritzung um das eineinhalb- bis dreifache zu vergrößern. Bei der ersten Einspritzung kann in dringenden Fällen die vorbeugende Wirkung der Vakzine durch gleichzeitige Anwendung von 25 bis 30 cm³ Scharlachserum verstärkt werden. — (Pharm. Post Nr. 19, 1906.)

Suprarenal-Tonogen ist eine Lösung von 0·1 Nebennierenextrakt, 0·5 g Chloretone und 0·7 g Natriumchlorid in 100 g Wasser. Fabrikant: Apotheker Richter in Budapest.

Tauruman ist ein nach Vorschriften von R. Koch und Schütz dargestellter Impfstoff zur Verhütung der Tuberkulose der Rinder, welcher aus einer Emulsion lebender Tuberkelbazillen (Typus humanus) besteht. Es kommt in Glasröhrchen mit 10 cm³ physiologischer Kochsalzlösung in den Handel, in welcher je 0·02 bis 0·04 g lebender Tuberkelbazillen enthalten sind. — (Pharm. Ztg., Nr. 16, 1906.)

Tuberkulin Béraneck, von Professor Béraneck in Neuchâtel hergestellt, enthält Toxine, welche bei dem Patienten zunächst eine gewisse Gewöhnung an die Toxinvergiftung und damit im Zusammenhang eine größere Widerstandsfähigkeit gegen die Wirkungen der Tuberkuloseinfektion bewirken sollen. Es wird in sehr verdünntem Zustand subkutan injiziert. — (Pharm. Ztg., Nr. 76, 1906.)

2. Behandlungsmethoden.

Ueber die Behandlung der Askaridiasis machte Brüning in der 30. Versammlung des mecklenburgischen Aerztevereines Mitteilung.

Das zur Anwendung kommende Präparat ist das sogenannte amerikanische Wurmsamenöl (Wormseedoil) und stammt von einer in den Vereinigten Staaten einheimischen krautartigen Pflanze Chenopodium anthelminthicum Cray, einer Varietät von Chenopodium ambrosioides Linné. Die von Brüning auf Anregung Roberts vorgenommene eingehende pharmakologische Prüfung des Oleum Chenopodii anthelminthici ergab, daß dasselbe, ein gelbliches, ätherisches Oel von eigenartigem Geruch, bei Tieren (Warm- und Kaltblütern) schon in geringen Dosen (bei Fischen z. B. noch in Lösungen von 1:20.000) eine lähmende, narkotisierende Wirkung ausübte und daß bei größeren Gaben unter den Erscheinungen der Atemlähmung der Tod der Versuchstiere erfolgte. Ferner entwickelte das Oel hämolytische Eigenschaften, wirkte methämoglobin- und kathämoglobinbildend, eiweißfällend, gerinnungshemmend und antibakteriell, und zwar bereits in Konzentrationen von 1:500, bezw. 1:200. Katzen und Hundespulwürmer wurden durch das Mittel gelähmt, konnten jedoch durch geeignete Maßnahmen (Uebertragen in nicht vergiftete Flüssigkeiten) wieder ins Leben zurückgerufen werden. Ein aus dem in Rede stehenden Oele von der chemischen Fabrik Schimmel & Co. dargestellter Körper $C_{10}H_{16}O_2$ entfaltete dieselben Eigenschaften in weit stärkerem Maße. Es gelang Brüning, durch vier Versuche an wurmkranken Kindern im Alter von 4 bis 13 Jahren die anthelminthische Fähigkeit des Oleum Chenopodii anthelm. darzutun. Namentlich bei einem vierjährigen, an Diarrhöen leidenden Knaben erzielte die Darreichung des Oeles einen eklatanten Erfolg insoferne, als bereits nach 1·25 g des Oeles innerhalb zweier Tage 35 As-

Digitized by Google

kariden mit dem Stuhle entleert wurden. Auf Grund seiner experimentellen Studien rühmt Brüning an dem Oele:

1. daß es auch von Kindern anstandslos in geeigneter Form genommen wurde,
2. daß es keine üblen Nebenwirkungen zeigte,
3. daß seine Wirkung eine rasche, prompte und absolut zuverlässige war.

Als Darreichungsform erwies sich eine 5%ige Emulsion als zweckmäßig und als Dosis bei Kindern 0·25—0·5 dreimal täglich. Hinterher empfahl es sich, ein Laxans (Ol. Ricini) zu verabreichen, um einen unnötig langen Kontakt des Oeles mit der Darmwand zu vermeiden und um die gelähmten Askariden möglichst bald aus dem Darm zu entfernen. Brüning glaubt, in dem Wurmsamenöl ein dem Santonin mindestens ebenbürtiges Präparat gefunden zu haben und fordert zu ausgiebiger Nachprüfung des Mittels an wurmkranken Menschen auf. — (Korresp.-Bl. d. allg. mecklenburg. Aerzte-Ver. Nr. 262, 1906.)

Behandlung der Ankylostomiasis.

Phillipps empfiehlt folgende Behandlungsweise, mit welcher er vorzügliche Resultate erzielte: Abends 6 Uhr Darreichung eines salinen Abführmittels. Am anderen Morgen die Hälfte einer Mischung aus: Eukalyptol 2·5, Chloroform 3·5, Ol. Ricini 40·0. Eine halbe Stunde nach der ersten Hälfte wird die andere Hälfte gereicht, falls sich der Patient nicht zu angegriffen fühlt. Es erfolgen 5—6 flüssige Stühle; mit dem zweiten werden schon Würmer entleert. Reicht die einmalige Behandlung nicht aus, so kann die Kur am dritten Tage wiederholt werden. Eine dritte ist in den seltensten Fällen erforderlich. — (Pharm. Post Nr. 34, 1906.)

Gesichtsekzeme im Kindesalter.

Bei impetiginösen und nässenden Gesichtsekzemen im Kindesalter hat sich die Burchardtsche Behandlungsmethode bestens bewährt. Sie besteht in einer Bepinselung der nässenden oder von den Krusten befreiten Ekzemherde mit 1—3%iger Lapislösung, worauf eine indifferente Salbe aufgelegt wird.

Gonosan.

Gonosan in der Gonorrhöetherapie hat nach Rieß (Oest. Aerzte-Ztg. Nr. 10, 1906) eine schmerzstillende, die Eiterung beschränkende und eine bakterizide Wirkung. Bei strenger Diät kann man in frischen Fällen mit Gonosan Heilung erzielen. In subakuten und chronischen Fällen unterstützt und erleichtert es die lokale Therapie. Vom Magen wird es gut vertragen und ruft es keine Nierenreizungen hervor. — (Pharm. Post Nr. 37, 1906.)

Paranephrin.

Für die Behandlung des Schnupfens der Säuglinge gibt Vohsen dem Paranephrin den Vorzug, da bei gleich anämisierender Wirkung die leicht ätzende Empfindung nicht eintritt, die dem Adrenalin und Suprarenin anhaftet. — (Pharm. Post Nr. 37, 1906.)

Behandlung des Schnupfens.

Gegen Schnupfen empfiehlt L. Maget ein 3—4maliges, je fünf Minuten dauerndes Einatmen von Wasserstoffperoxyddämpfen. Die Flüssigkeit muß sieden. Am anderen Morgen soll der Schnupfen verschwunden sein. Bei völlig verstopfter Nase soll die Nasenschleimhaut vorher mit Adrenalinlösung (1 : 1000) befeuchtet werden, wodurch die Nase für die Dämpfe freier wird. Chronischer Schnupfen bedarf zur Heilung längerer Zeit. — (Pharm. Post Nr. 36, 1906.)

Behandlung der Chlorose.

Raoul Lefèvre empfiehlt in der Behandlung der Chlorose die Anwendung von Sauerstoffinhalationen. Eine Reihe von Fällen, die er zusammenstellte, zeigen, daß durch derartige Inhalationen, wenn sie 14 Tage bis 4 Wochen lang fortgesetzt werden, sehr günstige Resultate erzielt werden können. Der Erfolg besteht in einer Besserung der Appetenz, die Kurzatmigkeit schwindet, Herzgeräusche lassen nach, die Menstruationsverhältnisse bessern sich, der ganze Allgemeinzustand hebt sich. Diese Erfolge sind zwar nicht konstant, immerhin werden aber die Patientinnen

Digitized by Google

bedeutend in die Höhe gebracht und die übliche Behandlungsmethode erleichtert. Besonders eignen sich für das Verfahren die Fälle, in denen wegen Magenbeschwerden Eisenpräparate schlecht vertragen werden. Es wird durch ein Nasenloch inhaliert, das andere zugehalten und durch den Mund exhaliert. — (Thèse de Lyon, 1904/1905.)

Ueber die Auskratzung des Uterus und das Puerperalfieber.

In seiner Arbeit über die Auskratzung des Uterus und das Puerperalfieber (Rev. méd. de la Suisse Romande, Nr. 10, 1905) verwirft E. de Bumann die Anwendung der Kurette in den puerperalen Affektionen post partum. Tritt Temperatursteigerung ein, so soll die Kranke sorgfältig untersucht und die Diagnose der Form der puerperalen Erkrankung eruiert werden. Besteht eine vulväre, vaginale oder zervikale Infektion, so gibt die Betupfung mit Jodtinktur vorzügliche Resultate. Bleiben im Utero Gewebsreste zurück, so soll die digitale Ausräumung vorgenommen werden, welcher eine intrauterine Ausspülung vorauszugehen und nachzufolgen hat. Besteht uterine Infektion, so werden in den ersten 24 Stunden 1—2 Uterusirrigationen mit 1—2% Lysol oder 2% Lysoform appliziert und wenn nötig, diese noch 1—2mal während 2—3 Tagen wiederholt. Ergotion und Eisblase auf den Unterleib. Besteht eine allgemeine Infektion, so werden nach einigen Tagen die intrauterinen Ausspülungen unterlassen und energisch dafür gesorgt, daß der Körper im Kampfe gegen die infektiösen Mikroorganismen gestärkt werde. — (Gynäcologia helvetica, Nr. 6, 1906.)

3. Rezeptformeln.

Progressive perniziöse Anämie.

1. Rp. Acid. cacodylic. 5·0
Natr. bicarb. q. s. ad saturat.
Adde Cocain hydrochlor. 0·08
Creosot. gtt. V
Aq. dest. ad 100·0

D. S. Acht Tage lang täglich 1 cm^3 einspritzen, dann acht Tage pausieren und wieder mit den Injektionen beginnen. — (Gautier.)

2. Rp. Chinin. hydrochlor. 0·2
Ferratin. 0·5
Kal. tartar. } āā 0·75
Na. oder Kal. citr. }

3. Rp. Chinin. hydrochlor. 2·0
Ferratin. 5·0
Kal. tartar. } āā 7·5
Kal. citric. }

M. f. p. XXX.

D. S. Dreimal täglich ein Pulver. — (Rumpf.)

Gastroenteritis.

Rp. Gelatinae 10·0
Coque cum aq. dest. 500·0 per horas VI usque ad collat. 80·0 filtra; adde
Acid. citric. 1·0
Sirup. cort. Aurant. amar. 100·0

D. S. Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll (für Kinder).

Croup.

1. Rp. Hydrargyr. chlorat. 0·15
Sacchar. 2·0
Div. in part. aeq. Nr. VIII

S. Zweistündlich ein Pulver.

2. Rp. Apomorphin. murat. 0·01
Aq. dest. 100·0
Acid. muriat. gtt. II
Syr. simpl. 10·0

S. Zweistündlich ein Kaffee-Kinderlöffel voll.

Die beiden Medikationen werden stündlich abwechselnd verabreicht. — (Bayer.)

Hartnäckiges Nasenbluten.

Rp. Antipyrin. 0·5
Acid. tannic. 1·0
Sacch. pulv. 10·0

D. S. Schnupfpulver.

Skabies.

Rp. Sulf. praecip. 25·0
Kal. carbon. 12·5
Axung. porci 150·0

M. D. S. Aeußerlich. — (Richart.)

Digitized by Google

4. Varia.

Anorganische oder organische Eisenpräparate.

Oerum untersuchte an Kaninchen die Einwirkung verschiedener Eisenpräparate, Hämatinalbumin, Ferratin, Ferrum lacticum und Ferrum sulfuricum, auf die Hämoglobinbildung nach großen Aderlässen. Die tägliche Dose entsprach 0·02 reinem Eisen auf das Kilogramm Körpergewicht, Dauer der Versuche 24 Tage. Resultate: Die Hämoglobinmenge wurde am schnellsten durch die organischen Präparate und von diesen am schnellsten durch Hämatinalbumin wieder hergestellt. Der Eisengehalt der Leber wird durch alle Eisenpräparate erhöht, am stärksten durch die anorganischen; durch Hämatinalbumin wird die Eisenmasse in Knochenmark und Milz erhöht. Die Bedeutung des Reserveeisens hat Oerum an Hunden untersucht. Dieselben wurden mit abgerahmter Milch nebst den genannten Eisenmitteln gefüttert. Nach einem starken Aderlaß von einem Drittel der Blutmenge untersuchte man das Verhalten des Hämoglobins. Die Hämoglobinmenge begann bei Tieren, die organische Eisenpräparate erhalten hatten, am achten Tage zu steigen und erreichte ihren ursprünglichen Wert in 20—24 Tagen. Dasselbe Ziel wurde bei Tieren, die anorganische Präparate erhalten hatten, erst nach 32—36 Tagen erreicht. Die Zahl der roten Blutkörperchen nahm ungefähr im selben Verhältnis zu wie die Hämoglobinmenge. Ein Kontrolltier erreichte in 40 Tagen noch nicht die ursprünglichen Werte. — (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 39, 1906.)

Einreibung von Schlafmitteln kann in denjenigen Fällen, wo eine sonstige Verabreichung schwer durchführbar ist, durch Isopral ermöglicht werden. Förster wandte es in folgender Mischung an: Rizinusöl und absoluter Alkohol je 10 g, Isopral 30 g. Die notwendige Menge wird auf die Körperhaut (Oberarm und Oberschenkel) eingerieben und dann die Haut mit Guttapercha bedeckt. Diese Bedeckung bleibt 1—1½ Stunden liegen. Nur Gaben über 2·5—3·0 g haben schlafmachende Wirkung. Bei Unruhezuständen muß man die Gabe auf 4—5 g erhöhen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. — (Pharm. Post Nr. 36, 1906.)

Radiol-Präparate.

Kreuznacher radio-aktive Präparate: Gelatina Radioli enthält 10% Radiol, besonders präparierten und sterilisierten, stark radio-aktiven Sinter der Kreuznacher Solquellen. Globuli Radioli bestehen aus Gelatina Radioli und schmelzen bei Körperwärme nur ganz langsam. Kreuznacher Radiolseife enthält außer den natürlichen Salzen der Kreuznacher Sole und Mutterlauge reichliche Mengen Radiol. Liniment. Radioli ist ein zusammengesetztes Kampfer-Liniment mit 10% Radiol. Radiol-Gelatineverband ist 10%ige Radiolgelatine in Bindenform und wird zur Behandlung von Drüsen, Schwellungen etc. angewendet. Steriler Radiolverband ist eine Wattebinde mit 20% Radiol. Suppositoria Radioli enthalten 10% Radiol. Tablettae Radioli enthalten je 0·1 g Radiol und sind sehr wohlschmeckend. Ung. Radioli wird 10- bis 20%ig dargestellt. (Radiolpräparate von Dr. Aschoff in Bad Kreuznach.) — (Pharm. Post, Nr. 23, 1906.)

Unverträgliche Arzneimischungen.

Novokain gibt in wässeriger Lösung mit ätzenden oder kohlensauren Alkalien Ausscheidung der freien Base in Form eines farblosen, bald kristallinisch erstarrenden Oeles. Natriumbikarbonat dagegen wirkt nicht zersetzend.

Exalgin und Pyramidon geben, wie zahlreiche andere Präparate, beim Mischen mit Chloralhydrat flüssige Gemenge. — (Pharm. Post Nr. 22, 1906.)

Kombinierte Arzneimittel für die Augen (Homatropintabletten).

Koster empfiehlt für die Einbringung von Alkaloiden in den Konjunktivalsack (speziell Homatropin) komprimierte Amylumtabletten mit der entsprechenden Menge des Mittels, hergestellt von Brocades & Stheemann in Mepel. In

Digitized by Google

dieser Form hält sich Homatropin jahrelang unverändert. Die Tabletten zerfallen schnell in der Tränenflüssigkeit ohne die geringsten nachteiligen Begleiterscheinungen. — (Pharm. Post, Nr. 20, 1906.)

Diphtherie-Serum mit den Kontrollnummern 149, 151, 155 und 158 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt worden.

Bücher-Anzeigen.*)

Geschichte der Medizin. Von Prof. Dr. Max Neuburger. Zwei Bände. I. Band. Stuttgart 1906. Verlag von Ferdinand Enke.

Vor uns liegt der erste Band der Geschichte der Medizin vom Vertreter dieses Faches an der Wiener Universität. Wie der Vf. im Vorwort hervorhebt, erscheint seit 100 Jahren zum erstenmal aus der Feder eines österreichischen Arztes eine das Gesamtgebiet seiner Disziplin behandelnde Schrift. Ohne uns bei der Beurteilung dieses Buches von lokalpatriotischen Gefühlen leiten zu lassen, müssen wir doch ganz objektiv feststellen, daß N. ein geradezu klassisches Werk geschaffen hat. In breiterem Ausmaße als seine Vorgänger legt er den Nachdruck auf die Berücksichtigung der allgemeinen Kulturgeschichte und stellt, mehr als literarische Details, die Entwicklung des medizinischen Denkens in den Vordergrund. Er sucht — was speziell für die in dem ersten Bande abgehandelte Geschichte der Medizin im klassischen Altertum von Interesse ist — den Einfluß der verschiedenen philosophischen Systeme auf die jeweilige Denkrichtung festzuhalten. Die vielseitige Bildung des Vfs., sein großes Wissen und seine Vertrautheit mit der Kunst und Philosophie des Altertums geben dem Buche eine besondere Signatur und machen die Lektüre zu einer außerordentlich fesselnden und gleichzeitig belehrenden. Der reiche Inhalt des Werkes gleicht — um des Vfs. eigene Worte zu gebrauchen — „einem Brunnen mit vielen Röhren, wo man überall nur ein Gefäß unterzuhalten braucht und wo es immer erquicklich und unerschöpflich entgegenströmt".

Wir wollen hoffen, daß der hochbegabte Vf. mit derselben Liebe in Bälde auch die Geschichte der Medizin des Mittelalters und der neueren Zeit schreiben wird, und werden uns nur freuen, wenn — bei der Fülle des Stoffes — dem angekündigten zweiten, auch noch ein dritter Band folgen wird.

Dr. Laub, Wien.

Die Zuckerkrankheit, ihre Komplikationen und ihre Behandlung. Von Prof. R. Lépine, Lyon. Autorisierte deutsche Uebersetzung von Dr. Ferdinand Kornfeld, Wien. Leipzig und Wien 1906. Verlag von Franz Deuticke. 151 Seiten.

Für jeden Arzt, der sich in streng wissenschaftlicher Weise über den modernen Stand der Diabetesfrage unterrichten will, ist das vorliegende Werkchen ein wertvoller Studienbehelf. Im ersten Teile findet die unkomplizierte Zuckerkrankheit und ihre Behandlung Besprechung, im zweiten Teile die Komplikationen und deren Behandlung. Die Anschaffung des gut übersetzten, übersichtlich eingeteilten Büchleins kann jedem Kollegen aufs wärmste empfohlen werden.

F. L.

Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Vortrag, auszugsweise gehalten zu Berlin am 20. April 1906, im Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. Von Prof. Dr. Hans Kehr. München 1906. J. F. Lehmanns Verlag. 176 Seiten. Preis 4 Mark.

Es ist zwar nicht verwunderlich, aus dem vorliegenden Werke zu ersehen, daß der berühmte Halberstädter Gallensteinchirurg auch ein ganz vorzüglicher Internist auf

*) Die unter dieser Rubrik besprochenen Publikationen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien, I. Seilergasse 4.

Digitized by Google

diesem diagnostisch so schwierigen und komplizierten Gebiete ist. Bei der großen Subjektivität, die sonst seinen literarischen wertvollen Erzeugnissen stets nachgesagt wurde, ist es aber sehr erfreulich, daß wir hier eine objektivere klassische Besprechung der Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie erhalten, deren Wert durch die tausendfältige zugrunde liegende Erfahrung Kehrs noch erhöht wird. Einzelnes läßt sich im Rahmen einer Besprechung nicht gut bringen. Die Chirurgie hat die Forderung der Frühoperation bei Gallenblasensteinen aufgegeben, die innere Medizin überläßt den chronischen Choledochusverschluß dem Chirurgen zur baldigen Operation. Dem Buche ist eine sehr instruktive farbige Tafel beigegeben, welche die verschiedene Lokalisation der Steine im Gebiete der Leber- und Gallenwege illustriert.

Das Buch sollte jeder Arzt besitzen. L.

Ripper H.: **Fünfzig Jahre Gräfenberger Erinnerungen besondes an Prießnitz und Dr. Schindler.** Mit Einleitung von Doktor Diehl. XX + 183 Seiten. Mit 6 Tafeln. Preis 3 Mark. Verlag von Krüger & Co., Leipzig.

Die Bedeutung dieses Buches, zu dessen Herausgabe das Gräfenberger Halbjahrhundert-Jubiläum des Verfassers, eines Schwiegersohnes des berühmten Vincnz Prießnitz, den Anlaß gab, liegt in dem Wiederbeleben zahlreicher, ebenso interessanter wie für die Heilkunde wichtiger Ideen und Verfahrungsweisen aus der Zeit der Gräfenberger Großmeister. Aerzte und Publikum werden aus dem Inhalt viel entnehmen, was ihnen neu sein dürfte. Z.

Annalen der Schweizerischen balneologischen Gesellschaft. Heft 2. Aarau 1906. Druck und Verlag von H. Sauerländer und Co. 104 Seiten.

Das vorliegende, vom Geschäftsführer der Schweizerischen balneologischen Gesellschaft, Dr. Hermann Keller in Rheinfelden, redigierte Heft enthält u. a. folgende Arbeiten: Ueber Radioaktivität in der Davoser Luft. Von F. Jessen (Davos). — Ueber Lungentuberkulose und Schwangerschaft, nach Beobachtungen im Hochgebirge. Von Burckhardt (Arosa) — Die kalten Inhalationen bei Krankheiten der oberen Luftwege. Von Schönemann (Bern-Stachelberg). — Ueber die Bedeutung des Badener Thermalwassers bei der Gicht. Von P. Roethlisberger (Baden in der Schweiz). — Bedeutung der schweizerischen Kurorte. Von E. Mory (Adelboden). — Resultate der Asthmabehandlung im Hochgebirge. Sammelforschung des Davoser Aerztevereins. Von K. Turban und L. Spengler. — Ueber die Verwendung des Kampfers bei Lungenkrankheiten. Von Volland (Davos). — Ueber Lungenstoffwechsel. Von H. Keller. — Die wichtigsten der vorstehend bezeichneten Arbeiten werden im Zentralblatt für die gesamte Therapie besprochen werden. L.

Therapeutisches Jahrbuch. XV. Jahrgang. Leipzig und Wien 1905. Verlag von Franz Deuticke. 266 Seiten. Preis 4 Kronen.

Berechtigung kann man dem vorliegenden Werkchen über kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben aus der deutschen medizinischen Journalliteratur des Jahres 1904 nur bei der Auffassung als Fortsetzung der früheren Jahrgänge zusprechen. Empfehlen kann man es wegen seiner handlichen Form; wer aber eine Zeitschrift mit guten Referaten hält, braucht ein solches Buch nicht. L.

Der deutsche Kriegssanitätsdienst. Von Oberstabsarzt Dr. Hahn. Wien. Verlag von Moritz Perles. 36 Seiten.

Das Heftchen faßt in ansprechender Weise das Wissenswerte über den deutschen Kriegssanitätsdienst zusammen und sei Interessenten bestens empfohlen.

M. Kaufmann, Mannheim.

Herausgeber: Prof. Dr. BRIEGER und Dr. EMIL SCHWARZ.
Verantwortlicher Redakteur: Dr. EMIL SCHWARZ.
Verlag von MORITZ PERLES. — Druck von JOHANN N. VERNAY in Wien.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

41C
867+

Digitized by Google

3 2044 102

Digitized by Google